Date Due

Library Bureau Cat. no. 1137



Dermatologische Wochenschrift

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, PRIV.-DOZ. DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH, DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTALOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, DR. E. MEIROWSKY IN GRAUDENZ,
PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA, DR. FERD. WINKLER IN WIEN

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

SECHSUNDVIERZIGSTER BAND.

1908.

JANUAR BIS JUNI.

MIT 3 TAFELN UND 21 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1908.



Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richter sche Verlagsanstalt, Hamburg 25.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Versammlungen.

Fachzeitschriften.

Bücherbesprechungen.

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Mikroskopie.

Bakteriologie.

Hygiene.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Seite

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Seite

II. Neurotische.

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

γ. *Syphilis.*

Seite

Seite

b. *Malleus.*

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a) Oberhaut.

b) Cutis.

Progressive Ernährungsstörungen.

a) Maligne.

b) Benigne.

c) Pigmentanomalien.

Regressive Ernährungsstörungen.

Idioneurosen.

Sekretionsanomalien.

Saprophyten und Fremdkörper.

Mißbildungen.

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a) Penis, Urethra und Blase.

b) Hoden und Samenblasen.

c) Prostata.

d) Nieren, Ureteren und Harn.

e) Labien, Vagina usw.

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Verschiedenes.

Verzeichnis der Tafeln.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. № 1. 1. Januar 1908.

Aus der königl. ungarischen Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Kolozsvár (Ungarn). Direktor: Prof. TH. v. MARSCHALKÓ.

Über die Histologie und Pathogenese der Hauthörner.

Von

DR. FRANZ V. VERESS,
klinischem Assistenten.

(Mit zwei Tafeln und einer Abbildung im Text.)

Mit der Benennung Hauthörner — cornu cutaneum seu humanum — bezeichnen wir größtenteils aus Hornsubstanz bestehende, gutartige Geschwülste, die meist von warzen-, spitzen-, walzen-, stäbchen- oder kegelförmiger Gestalt sind, zuweilen aber auch in einer den Tierhörnern ähnlichen Gestalt erscheinen. Die längeren sind — ähnlich den Widderhörnern — meist um die Längsachse gewunden. Ihre Härte ist verschieden, sie sind aber weicher als die Fingernägel; die Farbe ist schmutziggelb, grau, sogar schwärzlich, die Größe schwankt zwischen einigen Millimetern und Dezimetern. Am häufigsten sind ½—1—2 cm lange Hörner zu treffen. Die Oberfläche ist manchmal glatt, gewöhnlich durch Längsfurchen gestreift, die Spitze abgerundet oder rissig, zuweilen auch mit mehreren Spitzen versehen.

Die Hauthörner sind gewöhnlich bei Personen über 40—50 Jahren zu treffen und zwar meistens nur eines. Sie können ausnahmsweise auch mehrfach auftreten und sich auch bei Jünglingen und Kindern entwickeln. MANSUROFF (16) zählte deren 133 auf der Haut eines 18jährigen Mädchens. Der Anordnung nach sind diese Auswüchse am häufigsten an der Haut des Kopfes, Gesichtes, der Geschlechtsteile und Extremitäten.

Das Wachstum ist sehr langsam, doch vermutlich unbegrenzt und sie erreichen bloß deshalb keinen Riesenmaßstab, da das Horn zufolge äußerlicher, mechanischer Einwirkungen abgenützt, brüchig wird, es kann sich auch vollständig ablösen. Ausnahmsweise erreichen sie rasch, innerhalb einiger Wochen oder Monate eine beträchtliche Größe. Das abgebrochene oder abgerissene Hauthorn pflegt von neuem heranzuwachsen; endgültig

auszurotten ist es bloſs, wenn es samt seiner Grundlage ausgeschnitten wird, was um so eher geschehen soll, da sich das unschädliche cornu cutaneum zuweilen in eine bösartige Geschwulst umändern kann. Sie scheinen — zumindest im oberen Teile — keine Nerven zu besitzen, da der gröſste Teil der Hauthörner sich schmerzlos schneiden und schnitzen läſst.

An dem Querschnitte sind unten eine weichere Basis aus Bindegewebe, oben eine härtere Hornsubstanz und entlang derselben Längsstreifen zu sehen. Ihre histologische Struktur weist — wie später ersichtlich — eine groſse Mannigfaltigkeit auf, der gemäſs die unter dem Namen Cornu cutaneum zusammengefaſsten Geschwülste in verschiedene Gruppen geteilt werden.

Ihr Ursprung ist bis nun noch strittig, da es noch immer nicht gelungen ist, zur Bekräftigung der verschiedenen Auffassungen absolut überzeugende Argumente anzuführen. Heutzutage können bereits eine Schar als falsch erwiesener Theorien eliminiert werden und es handelt sich eigentlich nur noch darum, ob bei der Entstehung dem Epithel oder dem Bindegewebe die primäre Rolle gebührt, mit anderen Worten, ob das cornu cutaneum epithelialen oder papillären Ursprunges ist.

Behufs Studiums der histologischen Struktur und der Pathogenese der Hauthörner verarbeitete ich sechs verschiedene Fälle, deren vier an unserer Klinik beobachtet wurden, einen Schnitt, der einem anderen Falle entstammt, war Universitätsprofessor Koloman Buday, Direktor des hiesigen pathologisch-anatomischen Institutes so freundlich mir zu überlassen, den sechsten verdanke ich dem Privatdozenten Veszprémi, wofür ich genannten Herren auch an dieser Stelle besten Dank sage.

Gelegentlich der Exzision dieser Auswüchse dachten wir noch nicht an eine einheitliche Verarbeitung dieses Materials, weshalb auch die Daten, die sich auf die betreffenden Patienten, an denen das cornu haftete, beziehen, nicht mit der erwünschten Ausführlichkeit verzeichnet wurden. Demzufolge kann ich die anamnestischen und klinischen Daten bloſs ganz kurz, sogar nur mangelhaft erwähnen, soweit ich dieselben aus dem Kranken- und Materialprotokoll unserer Anstalt, ferner aus dem Gedächtnis zu schildern vermag.

Ich untersuchte ferner behufs Vergleichung einige verhornte Verrucae und Papillome. Die Schnitte waren von 10—15 Mikron; ich färbte dieselben hauptsächlich mittels dreifacher Färbung nach Apáthy, die den Vorteil besitzt, die Hornschicht schön zitronengelb oder hellgrün zu färben, sie bringt die feinsten Veränderungen zum Vorschein und ist demzufolge besonders geeignet zur Prüfung hornartiger Stoffe;[1] sie gewährt ferner einen vorzüglichen Überblick des gewonnenen Bildes.

---

[1] Das Verfahren von Apáthy ist kurz folgendes: Aus Alkohol, destilliertem Wasser auf ¼—½—1—2 Stunden in Haematein Ia, dann in destilliertes Wasser,

I. Fall. Dieses Horn lieferte eine 66jährige dem Gewerbestande angehörige Frau; es entstand vor zwei Monaten an ihrer Hand. Der harte Auswuchs ist 9 mm hoch, an der Basis 5 mm breit, ein nach oben sich etwas verschmälerndes, walzenförmiges Gebilde, das sich von der Haut jähe und steil erhebt, 2 mm von der Spitze plötzlich dünner wird, so dafs die Spitze sich knopfförmig gestaltet, wodurch die Geschwulst an eine der Haut anhaftende, kleine Glocke erinnerte. Die Farbe ist graulichbraun, die Oberfläche von Längsfurchen rauh. Es wurde im Jahre 1901 exzidiert, in Alkohol und Celloidin konserviert.

Das Horn sitzt auf dichtem Bindegewebe, das aufser einer starken Erweiterung der Gefäfse keine besonderen Veränderungen oder Reizerscheinungen aufweist. Die Papillen verlängern sich zu beiden Seiten des Hornes allmählich, bis sie in der Mitte ungefähr den vierten Teil der Höhe des Horns erreicht haben; sie sind schmal, bestehen aus wenigen Reihen von Bindegewebszellen und führen bis zur Spitze ein oder mehrere Kapillaren.

Die Stachelschicht ist überall, demnach auch über den Papillenspitzen hypertrophisch, sie erhebt sich wellenförmig weit über das umgebende Hautniveau. Die Akanthose nimmt gegen das Zentrum den Papillen entsprechend zu. Das nahe dem Hornrande liegende Epithel enthält eine aufserordentlich üppige Körnerschicht mit sehr grofsen, hohen, kubischen und äufserst dicht granulierten Keratohyalinzellen, während in den zentralen Partien gar kein oder nur sehr wenig Keratohyalin gefunden wird. Das Stratum lucidum ist nicht sichtbar. In den mittleren Teilen der Hornbasis sind weder Papillen noch Epithelzapfen normalerweise vorhanden; letztere sind miteinander verschmelzen und bilden eine nach unten kon-

---

in Leitungswasser, eine halbe Minute lang in eine Pikrorubinlösung, dann abgetrocknet rasch durch 96% Alkohol und Chloroform-Alkohol in Chloroform, Kanadabalsam. Die Hornschicht wird gelb, das Epithel bläulich-lila, die Kerne dunkel, das Bindegewebe hellrot, die Kerne dunkelbraun, das Muskelgewebe graulich-gelb.

Die Herstellung der dazu nötigen Farblösungen geschieht derartig:

1. Man löst 1 g Haematoxylinum crystallisatum purissimum (Merck) in 100 ccm 70%igem Alkohol und läfst die Lösung in einer Flasche mit breiter, zugebundener Öffnung zwei Monate lang bei diffusem Tageslicht stehen.

2. Man bereitet eine Lösung, die in destilliertem Wasser 1‰ Salicylsäure, 3% Acid. acetic. glaciale und 9% Alumen crystallisatum enthält.

Nun nehme man von der ersten und zweiten Lösung sowie von Glycerin je 100 ccm, giefse sie zusammen und man bekommt derartig Haematein Ia.

Picrorubin besteht aus: 100 ccm destilliertem Wasser, 80 cg Ammonium picric. und 20 cg Rubin.

Um Ammonium picric. herzustellen, rührt man Acidum picricum mit Ammonia pura liquida so, dafs letztere im Überschufs bleibt, giefst die Mischung in eine Schale, deckt sie mit Filterpapier zu, bis dieselbe eingetrocknet ist.

vexe Epithelmasse, die nur hier und da von einigen Papillen durchbrochen ist.

Was die Hornschicht anbelangt, so besteht an beiden Seiten des Hornes eine von der normalen Umgebung gegen das Horn zu sich allmählich verstärkende, einfache Hyperkeratose, die sich nach den mehr zentral gelegenen Teilen zu einer Parakeratose umgestaltet. Dieser Befund steht in engem Zusammenhang mit dem Körnergehalt der darunter liegenden Stachelschicht: je mehr Keratohyalin im Epithel ist, desto kernloser ist die darüber befindliche Hornschicht und vice versa. Der eigentliche Hornkörper wird von einer festen Hornsubstanz gebildet, deren Lamellen sich von beiden Seiten des Hornes wellenförmig über die Papillenköpfe anordnen. Der wellenförmige Verlauf der miteinander fest verschmolzenen Hornlamellen wird in den oberen Regionen stufenweise ausgeglichen, so daſs die höheren Schichten ganz wagerecht verlaufen und zugleich voneinander getrennt sind. In dieser Hornmasse sind hie und da mehrere, meist senkrechte Säulen groſser, entarteter Hornzellen zu sehen, die aus ganz homogener Hornsubstanz bestehen und entweder mit Kernresten besät oder von solchen dicht umgeben sind. Es sind das die vom Mikrotommesser schräge getroffenen Quer- und Längsschnitte derjenigen Teile des Hauthornes, die in Form von suprapapillären Säulchen aus degenerierter Hornsubstanz bestehen und den sogenannten „Markraum" des Hornes bilden, den wir weiter unten noch ausführlich besprechen werden.

Die Hauptmerkmale dieses Hornes sind also: Dichtes Bindegewebe mit Gefäſserweiterungen, exzessiv verlängerte, schmale Papillen, Akanthose, Verschmelzen einiger mittlerer Epithelzapfen, viel Keratohyalin in den seitlichen Teilen des Hornes, Fehlen desselben im Zentrum, Parakeratose, Markraumbildung.

II. Fall. Der einzige Schnitt, welcher der Sammlung des pathologisch-anatomischen Institutes in Kolozsvár entstammt (s. Tafel II, Fig. 4). Daten über den Ursprung desselben fehlen. Ein beiläufig 1½ cm hohes, kegelförmiges Hauthorn, dessen unteres Drittel von der bindegewebigen Basis gebildet wird. Ein mittelst Hämatoxylin-Eosin gefärbter Längsschnitt. Das Bindegewebe färbt sich gut, es ist auſserordentlich zellenreich, scheint sonst normal zu sein, ebenso das Muskel- und Fettgewebe. Schweiſs- und Talgdrüsen sind im Schnitte nicht zu finden. Die Blutgefäſse, besonders die Kapillaren sind in den höheren Schichten der Cutis erweitert. In den tieferen Teilen der Haut, von dem Muskel- und Fettgewebe angefangen, sind fadenförmige Streifen zu sehen; es sind das die kernreicheren Bündel des wuchernden Bindegewebes. In diesem Streifen ist eine von unten nach oben allmählich zunehmende Plasmazelleninfiltration aufgetreten, die in der papillären Schicht der Cutis derart

zunimmt, daſs sie wahre **Plasmome** bildet, durch welche die Grenze des Epithels und der Cutis, ferner das Grundgewebe stellenweise nahezu vollständig verhüllt wird. Die Plasmazellen sind mittelgroſs, färben sich gut und liegen stellenweise so dicht aneinander, daſs bloſs die Masse der Kerne wahrzunehmen ist. Darunter sind sporadisch die verlängerten Kerne von polynuklearen Leukocyten und einige rote Blutkörper zu sehen, ferner auf Lymphocyten deutende runde Kerne. Die Plasmazellen dringen auch ziemlich hoch in die Papillen ein.

Zu beiden Seiten des Hornes sind die Papillen noch von normaler Länge oder bloſs ein wenig verlängert, gegen die Mitte des Hornes verlängern sie sich aber allmählich, so daſs sie in der Mitte das Zehnfache ihrer ursprünglichen Länge erreichen, sogar auch überschreiten. Diese Vergröſserung ist aber bei weitem nicht gleichmäſsig, indem die unmittelbar angrenzenden der längsten Papillen hier und da von normaler Höhe sind, sogar auch niedriger. Das Bindegewebe ist von normaler Festigkeit, ziemlich zellenreich und enthält auſser den erwähnten wenigen Plasmazellen mit Blut gefüllte Gefäſse, ferner hauptsächlich in den längeren Papillen viele ausgetretene rote Blutkörper und einige Leukocyten.

Die spinöse Schicht des Epithels weist in ihrem Verlaufe bedeutende Differenzen im Vergleiche mit der normalen auf. Sie ragt nämlich zu beiden Seiten des Hornes plötzlich in einem nahezu rechten Winkel über das Niveau der angrenzenden Haut bis zu der Höhe von zumindest 10 bis 20 normalen Papillenlängen hervor und beschreibt eine steil bogenförmige, zackige oder gewellte Linie, unter welcher das aufgetürmte Bindegewebe, über derselben jedoch die kappenförmig gehäufte Hornmasse gelagert ist. Während die zu beiden Seiten des Hornes sich erhebende Stachelschicht zwischen die verlängerten Papillen lange Epithelfortsätze sendet, ist sie in den zentralen Teilen, obwohl sie in einer Wellenlinie zieht, doch etwas gedrückt und entsendet viel kleinere Fortsätze.

Die Stachelschicht ist ebenfalls verdickt, die Epithelleisten sind den Papillen entsprechend verlängert, stellenweise zu massiven Fortsätzen, an anderen Stellen zu dünnen Streifen; sie verzweigen sich aber überhaupt nicht. Zu beiden Seiten des Hornes, wo das Epithel nach oben zieht, ist die ganze Stachelschicht auf dem Gebiete von drei bis vier Papillen verflacht, die Zellen sind spindelförmig, die Kerne stäbchenartig geworden und liefern ein nahezu ähnliches Bild, wie eine parakeratotische Hornschicht. Es fällt zugleich das scharf ausgeprägte Stratum granulosum auf, das jedoch mehr einwärts gegen die Mitte des Hornes allmählich blässer wird, die Keratohyalinkörnchen werden immer seltener, so daſs sie in dem zentralen Drittel des Hornes nicht mehr anzutreffen sind. Die Epithelzellen der Stachelschicht zeigen bei diesem Präparate keine pathologische Veränderung. Die basale Zellenreihe ist, trotz der bedeutenden

Verlängerung des ganzen Epithels, kompakt, darin sind stellenweise sämtliche Phasen von Mitosen zu sehen. Die Kerne färben sich gut und behalten vor der Verhornung ihre Form und Gröfse, werden aber stark abgeblafst, — oder sie werden kleiner, flacher und zufolge des zusammengeprefsten Chromatins auch dunkler.

Das Stratum lucidum ist an einigen Teilen des Präparates zu sehen, an anderen nicht.

Die Verhornung ist hauptsächlich eine Parakeratose, sie geht daher mit Erhaltung der Kerne vonstatten. Die ursprünglich runden Epithelkerne werden nämlich allmählich flacher, sie gehen aber nicht vollständig zugrunde, sondern sind mit Ausnahme einiger Stellen auch an der Spitze des Hornes zu treffen. Ihre flache Beschaffenheit bringt es mit sich, dafs sie in einigen Teilen der Schnitte in Form dünner, etwas gekrümmter Stäbchen erscheinen, an anderen Stellen in Form durchscheinender Ellipsen, je nachdem ihre Fläche en face oder seitlich vor uns steht. Die hypertrophische und angehäufte Hornschicht ist nach zwei Typen aufgebaut, demzufolge wir zweierlei Hornsäulen in dem Hornkörper unterscheiden, je nachdem sie in den interpapillären oder suprapapillären Gebieten liegen.

1. Das Wellenthal der Stachelschicht oder die über den Epithelleisten befindliche Hornmasse besteht aus meist kernlosen, nach oben konkaven Lamellen, die sich anfangs den Wellen der Stachelschicht genau anschliefsen. Mehr aufwärts erleidet das Wellenverhältnis eine Veränderung, stellenweise scheinen sie sich um ein neues Zentrum zu scharen, was vermutlich deshalb der Fall ist, weil die Schnittebene nicht überall der Richtung der Hornsäulen entspricht. Die Lamellen sind stellenweise fest verschmolzen, meistens jedoch aufgefasert und nehmen (mittels Hämatoxylin-Eosin gefärbt) zwischen hellrosa und dunkelviolett schwankende Farben auf.

2. Anders steht die Sache in den Teilen über dem Wellenberge des Epithels, d. h. über den Papillen. Hier ist vor allem der Umstand auffallend, dafs die auf diesen Teilen gebauten Hornsäulen im Gegensatz zu den vorherigen durchweg kernhaltig sind, demnach parakeratotisch und bedeutend kompakter. Hier sind die Hornlamellen natürlich in einem nach oben konvexen Bogen gelagert, was aber nicht regelmäfsig erfolgen kann, da bereits an der Verhornungsgrenze des die Papillenspitze umgebenden Epithels eigentümliche, anfangs rundliche, vieleckige, bald mehr aufwärts längliche, oft sichelförmige, nach unten gekrümmte, scharf geränderte Zellen vollkommen homogener Struktur gelagert sind und innerhalb der Säulengrenzen in einfachen, doppelten oder mehrfachen Reihen bis an die Spitze des Hornes ziehen. Die eigentliche kernige Hornsubstanz der Säule umfafst dieselben von beiden Seiten und sendet zwischen die-

selben schmale, querliegende, nach oben konvexe Leisten von einer Seite zur anderen. Diese aus degenerierten und angeschwollenen Epithelzellen bestehenden grofsen und homogenen Gebilde bilden die von VIRCHOW und UNNA sobenannte Marksubstanz des Hornes. Derartige Veränderungen sind aber nicht über jeder Papille zu sehen; über einem grofsen Teile der Papillen ist die Hornmasse blofs kompakter, kerniger, enthält aber keine Markzellen.

Aus diesen zweierlei regelmäfsig oder unregelmäfsig wechselnden supra- und interpapillären Säulen besteht eigentlich die ganze hörnerne Masse des Hauthornes.

Ich will es noch erwähnen, dafs in den Spalten der Hornränder Kulturen zweierlei Bakterien, nämlich solche von Staphylokokken und anderer, sehr kleiner, kurzer, etwa stäbchenförmiger Bazillen wahrzunehmen waren.

Résumé: Kurz zusammengefafst sind also folgende Veränderungen zu konstatieren: Dichtes, gewuchertes Bindegewebe, Erweiterung der Gefäfse, besonders in den oberen Teilen der Cutis, dichte Plasmazellen-Infiltration daselbst, exzessive Verlängerung der mehr zentralen Papillen, Blutungen im Papillarkörper, desgleichen oben in den Papillenköpfen, starke Hervorwölbung der Cutis über die Umgebung, demzufolge bogenförmige Erhebung der Stachelschicht, Akanthose, Vermehrung der Körnerschicht in den Randpartien, Schwund derselben in den zentralen Teilen des Epithels und schliefslich Differenzierung des Cornu in einesteils suprapapilläre, kern- und markhaltige, — andernteils in interpapilläre, kernlose oder kernarme Hornsäulen.

III. Fall. Hauthorn von kubischer Form, besteht seit einem Jahre an der Unterlippe eines 56 jährigen Tagelöhners. Der Umfang: 12 mm hoch und 1 cm breit. Exstirpiert im Jahre 1903. Alkohol, Celloidin, 15 Mikronschnitte. Färbung nach APÁTHY.

Diesem Horne haftet nur ein kleines Stückchen Corium an der einen Seite an, das übrige wurde vermutlich belassen, da die Exzision nicht tief genug vorgenommen wurde. Das Bindegewebe ist sehr dicht und zellenreich, sämtliche Gefäfse stark erweitert und die Arterien dickwandig. Es besteht eine mäfsige, aber nach oben zunehmende Plasmazellen-Infiltration, die an der Epithelgrenze ganz dichte Haufen bildet. Knäuel- und Talgdrüsen, sowie Mastzellen waren nicht zu finden. Die Papillen sind aufserordentlich verlängert, zu dünnen, oft verzweigten Ausläufern gedehnt, die hier und da nur aus ein bis zwei kernreichen Zellenreihen bestehen, zwischen denen ein oder mehrere Kapillaren wahrzunehmen sind. Einige dieser Papillen ragen bis an die Mitte des Hornes hinauf und werden in den Präparaten in verschiedenen Höhen quer oder schräg durchschnitten, wo sie dann das Bild einer konzentrischen Anordnung der Hautschichten liefern.

Die Stachelschicht zieht im großen ganzen ziemlich wagerecht von einer Seite des Cornu zur anderen. Ihre untere Grenzlinie ist den zahlreichen Papillen entsprechend sehr mannigfaltig gekrümmt, während die obere über den langen Papillenfortsätzen steil und zackig verläuft.

Was die Struktur der stark erweiterten Stachelschicht anbelangt, ist die gute Ernährung und die ziemlich üppige Wucherung der Stachelzellen hervorzuheben. Die kolbenförmigen Epithelzapfen enthalten eng aneinander gedrängte, längliche Basalzellen, über denen sich kleine, meistens sehr dicht gelegene Stachelzellen befinden, woraus man auf eine rege Vermehrung derselben bei ungünstigen Raumverhältnissen schließen dürfte. Die Zellen der die langen Papillenfortsätze umgebenden Stachelschicht zeigen besonders in den höheren Regionen einen viel schlechteren Ernährungszustand. Sie sind von der Hornmasse zusammengedrückt, von länglicher Gestalt, färben sich hier und da blasser als die tiefgelegenen. Keratohyalin ist überhaupt sehr spärlich entwickelt und befindet sich meist in den interpapillären Epitheleinsenkungen.

Die Verhornung erfolgt hauptsächlich mit Erhaltung der Kerne. Letztere sind von ovaler, abgeflachter, tellerförmig leicht gekrümmter Gestalt, färben sich entweder sehr intensiv oder nur kaum sichtbar, erscheinen im Querschnitt als feine, gerade oder kommaförmig gebogene Striche. In der Hornmasse wechseln kernhaltige Partien mit kernlosen oder nur ganz blasse Kerne enthaltenden Teilen, und zwar sieht man über den Papillenköpfen nach oben ziehende lange, dünne Streifen dichter und wohlgefärbter Kerne, wogegen die dazwischen liegenden interpapillären Hornteile spärlichere und diffuse zerstreute blasse Kerne enthalten.

Die eine Fortsetzung der Papillen bildenden, äußerst schmalen und langen, meistens bis an die Cornuspitze ragenden Hornsäulen bilden die dichtesten Stellen des Hornes. Sie sind aus festen Schichten gebaut, die teils longitudinal verlaufen und dann kernarm sind, teils liegen sie fingerhutförmig aufeinander und enthalten viele, stellenweise massenhafte Kerne, dazwischen große, ovale, kernlose, homogene Markzellen. An einigen Stellen der Säulen befinden sich längliche, homogene, hyalinartige, ölig trübe Substanzen (sekundär entartetes Hornmark) ohne geringste Spur einer Struktur.

Die erwähnten Säulen schwellen an ihrer oberen Spitze kolbenförmig an; sie bilden zugleich das Gerüst der ganzen Hornmasse, deren wellenförmig von einer Seite zur anderen laufende Schichten auf dieselben aufgestapelt sind. Die Hornlamellen schmiegen sich parallel an beide Seiten der Säulen, biegen dann unten im Wellentale um und ersteigen senkrecht die nächste Säule, um drüben hinabzuziehen. Diese Anordnung der Hornschichten erfolgt natürlich nicht in regelmäßiger Weise, da ja die Papillen selbst nicht symmetrisch verteilt und parallel sind. Es sind in

unmittelbarer Nähe aneinander längs- und quergeschnittene Hornsäulen zu finden.

Je nach der Richtung der Hornschichten bilden sich zahlreiche Risse und Spalten im Horngewebe, die dessen Struktur deutlich zeigen. In den rissigen Randpartien bemerkt man dichte Haufen staphylokokkenartiger Kügelchen, sowie runde oder ovale, scheinbar hohle Körperchen (etwa Zellendetritus?) von der Gröfse eines Leukocytenkernes oder noch gröfser.

Je näher den zentralen Teilen, desto spärlicher erscheinen beide Körperchen. Die ganze Hornsubstanz ist von sehr feinen Körnchen, vermutlich Pigmentkörnchen oder Keratohyalinstaub besät.

Résumé: Dichtes, zellreiches Bindegewebe mit dickwandigen, erweiterten Gefäfsen und Plasmazelleninfiltration. Sehr lange Papillen; Akanthose, guter Ernährungszustand der Stachelschicht, Parakeratosis, Markraumbildung.

IV. Fall. Ein etwa 6—7 mm hohes Horn von der Hand eines an Favus capitis leidenden 17jährigen Schülers; besteht seit fünf Monaten. Die Hälfte mit Sublimat, ein zweites Stück mit Alkohol behandelt, in Celloidin gebettet, Färbung nach Apáthy.

Dieses Horn erhebt sich auf einer Seite steil in die Höhe, während es sich auf der anderen Seite schräg und allmählich in die Umgebung verliert. Die Oberfläche ist höckerig und ähnelt einem schräg zugespitzten, zerklüfteten Gebirge. Subcutis und die tieferen Schichten des Corium fehlen. Das vorhandene Bindegewebe ist normal, nicht gewuchert, enthält stark erweiterte, blutgefüllte Gefäfse und normale Knäueldrüsen. An einigen Präparaten sind in der Cutis bis hinauf in die Papillen ausgedehnte Blutungen zu merken. Die Papillen vergröfsern sich an beiden Rändern anfangs rasch und proportional und führen erweiterte Gefäfse mit sich. An beiden Seiten des Hornes erhebt sich die Stachelschicht jähe und hoch über die Umgebung, wogegen die untere Epithelgrenze in den mittleren Teilen bis auf das normale Niveau herabsinkt; ferner verschmelzen hier die Epithelzapfen zu einem schüsselförmigen Epithelkörper. Die Stachelschicht ist hypertrophisch, ihre Zellen sind teils vergröfsert und blafs, teils gut gefärbt, klein und dicht gedrängt, so dafs die Kerne nur von einem ganz schmalen Protoplasmasaum umgeben sind. Die intercellulären Epithelfasern treten deutlich hervor. Die Körnerschicht ist an der Peripherie des Hornes sehr gut entwickelt, besteht aus mehreren Reihen dunkler, dicker Zellen. Betrachtet man aber die Stachelschicht der mehr zentral gelegenen Partieen, so findet man sie den eben geschilderten gegenüber ganz beträchtlich verändert. Schon bei schwacher Vergröfserung (Leitz Oc. 1, Obj. 2) erscheint dieselbe hier aufgelockert, porös, siebartig durchlöchert. Bei Untersuchung mit stärkeren Systemen findet man, dafs auf normalen Basalzellen sehr grofse, blasse Epithelzellen

folgen, deren Granoplasma sich allmählich verliert und daher kleine Vakuolen im Zellkörper hinterläfst. Es entwickelt sich also der Zustand, den man nach UNNA retikulierende Degeneration nennt. Die Kerne sind ebenfalls auf das Doppelte vergröfsert, löcherig und mit Chromatinbröckeln gefüllt. Je näher der Hornschicht, desto gröfsere Lücken entstehen in den Zellen. Infolge Schwundes des Granoplasmas bleibt nur das Spongioplasma als Gerüst übrig und alle Kerne der Stachelschicht liegen an diesen Stellen frei in den äufserst vergröfserten Kernhöhlen. Es entsteht ein epitheliales, faseriges, netzartiges, mit Keratohyalinkörnern imprägniertes Gewebe (RENAUT und LELOIRsche Altération cavitaire), dessen Fasern konfluierend sich stellenweise zu langen Bündeln vereinigen. Diese Entartung, die wahrscheinlich durch ödematöse Durchtränkung (UNNA) sowohl der Stachelschicht, als auch der einzelnen Stachelzellen zustande gekommen ist, erstreckt sich auf den gröfsten Teil des Hornes, es bleiben nur einzelne Epithelleisten an der Seitenperipherie des Cornu verschont.

Der eigentliche Hornkörper besteht aus einer Hornsubstanz, welche die verdickte Stachelschicht von der normalen Umgebung aus in Form einer einfachen Hyperkeratose allmählich ersteigt. Sobald dieselbe aber das seitliche keratohyalinhaltige Epithel überschritten hat, wandelt sie sich in eine exquisite Parakeratose um, die zwar sehr unregelmäfsig ist, dennoch aber infolge der Verteilung der Kerne eine Differenzierung wahrnehmen läfst. Sie besteht nämlich aus regellos angeordneten Haufen dichter, kernhaltiger Hornmassen, die in eine kernlose Hornsubstanz eingebettet sind.

Die Struktur der parakeratotischen Hornteile zeigt einen wesentlichen Unterschied von den bisher beschriebenen. Während bei dem normalen Verhornungsprozesse die Stachelzellen allmählich oder rasch schliefslich total verhornen und man einige Zellreihen über dem Stratum lucidum keine Spur von Stachelzellen mehr entdecken kann, finden wir bei diesem Horne die eigentümliche Erscheinung, dafs die Stachelzellen, bei teilweiser Erhaltung ihrer tinktoriellen Eigenschaften, samt ihrem Kerne und dem Protoplasmaleib in toto in die Hornschicht gelangen.

Die Stachelzellen schrumpfen ein wenig, verlieren die normale Granulation, nehmen statt der gelben Farbe der Hornsubstanz eine rötlich-braune an, behalten im grofsen und ganzen ihre polygonale Form, sowie die intercelluläre Substanz und die homogen dunkelrotbraunen Kerne und gelangen in normaler Anordnung haufenweise in die Hornsubstanz, wo sie ihre eben geschilderten Eigenschaften bis an die äufserste Spitze des Cornu behalten. Diese entarteten Epithelzellen sind in so dichten Gruppen in die zitronengelbgefärbte Hornmasse eingebettet, dafs sie an vielen Stellen die Grundsubstanz bis auf die intercellulären Spalten bedecken.

Die als Grundmasse dienende homogene Hornsubstanz färbt sich gelb

und wird nur von kaum sichtbaren, feinen, rosafarbigen Fäden durchstreift. Hie und da ändern sich aber sowohl ihre tinktoriellen Eigenschaften, als auch die Struktur. Wir finden nämlich intensiv rotgefärbte Stellen, die quergefasert und kernlos sind, aber regelmäßsig zerstreute Löcher aufweisen, deren einige noch Überreste von Kernen enthalten. Diese Stellen kommen insbesondere an den Randpartien vor, weshalb die Peripherie des Cornu am wenigsten dicht ist.

Auch die Unnasche Markraumbildung ist in einigen suprapapillären Hornsäulen zwar spärlich und unregelmäßsig entwickelt und enthält die oben beschriebenen ovalen, homogenen Körperchen nebst länglichen, abgerundeten Massen sich grau färbender, vollkommen amorpher und homogener Substanz.

Der Verlauf der Hornlamellen ist, soweit aus den spärlichen Rissen in diesem unregelmäßsig gebauten Cornu zu schließsen, ein hauptsächlich senkrechter, aber sehr unregelmäßsiger, da die Schichten an den krummen, suprapapillären Säulen auf- und ablaufen. Die ganze Hornsubstanz ist mit feinen Körnchen, wahrscheinlich Keratohyalinbröckeln oder Pigment besät.

Diese Veränderungen beziehen sich sowohl auf die mit absolutem Alkohol, als auch mit Sublimat behandelten Präparate.

Wir untersuchten ein Stückchen dieses Hauthornes an parallel mit der Basis gerichteten Querschnitten. Diese liefern die bekannten konzentrischen Bilder, an denen man folgendes feststellen kann:

Das Cornu besteht aus mehreren, meist parallelen Hornsäulen, die konzentrisch gebaut und geschichtet, in eine kernarme, homogene oder lamellöse Hornsubstanz eingebettet sind. Die Zahl der konzentrischen Felder ist entschieden viel geringer, als die der entsprechenden Papillen der Cutis. Den Mittelpunkt eines jeden Feldes bildet, je nach der Höhe des Schnittes, entweder die sogenannte Marksubstanz mit ihren ovalen, grofsen, homogenen, scharf konturierten, konzentrisch gelegenen Zellen, die in festes, kernreiches Horngewebe eingebettet sind, oder das Bindegewebe der verlängerten Papillen.

In verschiedener Höhe schmelzen die homogenen, grofsen Markzellen zu einer eigentümlichen, amorphen, vollkommen homogenen, sich bei dieser Färbung grünlich-grau färbenden, scharf umschriebenen, schmierigen Substanz.

Folglich: Normales Bindegewebe mit erweiterten Gefäßsen, Blutungen im Corium und in den Papillen. Reichliche und gut entwickelte Körnerzellen in den seitlichen Teilen. Retikulierende Degeneration der Stachelzellen und Altération cavitaire Leloir. Unvollkommene Verhornung der Stachelzellen, d. h. Parakeratose mit Behaltung des zwar degenerierten, aber wohl sichtbaren Protoplasmaleibes. Markraumbildung.

V. Fall. Durch die Gefälligkeit des Herrn Dr. Veszprémi, Dozenten der pathologischen Anatomie, erhielt ich einen mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten (ca. 5 μ dünnen) Schnitt. Dieses Material eignete sich vorzüglich zum Studium der Histologie und Pathogenese der Hauthörner, teils, weil dasselbe mit einem 2 cm groſsen Hautstückchen exzidiert war, teils wegen der mehreren, winzigen, eben in Entwicklung befindlichen Hauthörnchen. Das Material stammte von der Nase einer 65jährigen Frau, wo sich vor 25 Jahren zwei kleine „Warzen" und später mehrere kleine Höcker bildeten, die sie mehrmals abriſs, doch ohne Erfolg, da sie immer wieder nachwuchsen. Die Exzision erfolgte samt der Umgebung.

Da es sich hier um die Haut der Nase handelt, ist es begreiflich, daſs dieselbe viele Follikelmündungen, groſse Talg- und Knäueldrüsen besitzt. Das Corium ist normal, die Papillarschicht enthält kleinere Infiltrate und Plasmazellen. Das Epithel ist an beiden Enden des Präparates normal, nur wenig hyperkeratotisch. (Siehe Tafel I, Fig. 1.)

Im mittleren Teile des Schnittes sind die Papillen vergröſsert, mit dichten Haufen von Plasmazellen vollgepfropft, die Talgdrüsen vergröſsert, die Knäueldrüsen erweitert, im Epithel sehr mäſsige Akanthose, endlich eine sich von der Peripherie gegen das Zentrum vermehrende Hyperkeratose. Die weiten Follikel sind mit konzentrischen Hornlamellen erfüllt; es besteht also eine Keratosis follicularis. Über einigen Wellenbergen des Epithels erheben sich auf verlängerten, zugespitzten, mit Plasmazellen reichlich infiltrierten Papillen bis 1 mm hohe, schmale Hornsäulen, die aus horizontalen oder fingerhutförmig ineinander gefügten, nach unten konkaven, kernlosen resp. kernarmen Hornlamellen bestehen. Einige dieser Säulchen enthalten schon sehr schön ausgeprägtes Hornmark mit den charakteristischen, groſsen, ovalen Markzellen. Neben diesen Exkreszenzen erheben sich ferner etliche noch kleinere, spitze Anhäufungen von Hornsubstanz, unregelmäſsige, kleine, marklose Höcker bildend.

Inmitten einiger kleinen Hornauswüchse erhebt sich ein gröſserer, ca. 3 mm breiter, 2 mm hoher Hornkegel, das eigentliche Cornu dieses Präparates. Die darunter befindlichen Talg- und Knäueldrüsen sind mäſsig hypertrophisch, die Cutis normal; der Papillarkörper enthält gewaltige, dichte Plasmome. Ein Teil der Papillen ist stark, die übrigen mäſsig verlängert. Die Stachelschicht ist sowohl in den Epithelzapfen, als in den Follikeln und über den Papillenköpfen verbreitert, ihre Zellen normal; Körnerschicht ist nur stellenweise, hauptsächlich in den Follikelmündungen sichtbar. Bemerkenswert ist der Umstand, daſs die sonst ziemlich flachwellige Stachelschicht sowohl unter den kleinen, als auch unter dieser gröſseren Exkreszenz über den Papillen steile und hohe Wellenlinien beschreibt. An einem über einer Papille sitzenden spitzen Wellenberg konnte ich dicht unter der Verhornungsgrenze in der Stachelschicht einige

große, homogene, scharf konturierte Zellen — die schon oben öfters beschriebenen Hornmarkzellen — nachweisen.

Die das Cornu bildende Hornmasse dringt tief in die darunter befindlichen weiten Follikel in die Wellentäler der Stachelschicht hinein. Sie besteht aus welligen Lamellen, welche über vier bis fünf suprapapilläre, markhaltige Hornsäulen auf- und ablaufen, in den intrapapillären Regionen sehr aufgelockert, löcherig und kernlos, in den suprapapillären im Gegenteil dicht sind und tingible Kerne enthalten. Die Risse des Hornes werden überall von einer großen Anzahl kleiner, winziger, hohler Kügelchen ausgefüllt, die die Größe eines Staphylococcus bis Leukocytenkernes besitzen und feinen Fettröpfchen ähnlich sind.

Es besteht also eine Hypertrophie der Papillen, der Knäuel- und Talgdrüsen, Plasmazelleninfiltration im Papillarkörper, mäßige Akanthose, steil-wellenförmiger Verlauf des Epithels, diffuse und follikuläre Hyperkeratose, in den Hörnern Parakeratose und Markraumbildung.

VI. Fall. Diese Exkreszenz beschreibe ich absichtlich zuletzt, weil dieselbe eine von den gewöhnlichen Hauthörnern ganz abweichende, eigentümliche Struktur aufweist. Ich fand dieselbe in der Materialsammlung unserer Klinik, in Celloidin eingebettet, mit der Bezeichnung: Cornu cutaneum penis auf einem winzigen Sarkom? Exzidiert 1901 von dem Penis eines 50jährigen Israeliten. (S. Tafel II, Fig. 6.)

Die Geschwulst hat im ganzen eine Höhe von 7—8 mm, der Durchmesser beträgt 0,5 cm, sie ist gleichmäßig zylindrisch und besteht aus einer Hornsubstanz, die an ihrer Basis einen kleinlinsengroßen, bindegewebigen Kern umfaßt.

Dieser Kern besteht aus neugebildetem, sehr zellreichem, dicht spindelzelligem Bindegewebe, er enthält reichlich Plasmazellen und viele blutgefüllte, erweiterte Gefäße. Dasselbe wird ringsherum von einem Streifen zellarmen Coriums und außerhalb dessen von Epithel umgeben, welches keine Papillarzapfen besitzt, sondern bandförmig zu einer ebenen Schicht ausgedehnt ist.

Der Umstand, daß der bindegewebige Kern an allen Seiten von Epithel umgeben ist, mag wahrscheinlich derart zu erklären sein, daß das Horn vielleicht nahe der Basis gekrümmt war, so daß die Längsschnitte unten nicht die eigentliche Basis, sondern nur eine tiefere Stelle des gebogenen Hornes erreichten.

Was das Wesen dieser bindegewebigen Geschwulst anbelangt, äußerte sich Prof. v. Buday, Direktor des pathologisch-anatomischen Instituts zu Kolozsvár, dahin, daß man dieselbe als ein Fibrosarkom auffassen könnte, welches aber keine histologisch sichtbare Malignität besitze.

Die Stachelschicht ist mäßig verbreitert, ihre untere und obere Grenze infolge des Fehlens der Cutispapillen geradlinig. Auf normalen Basalzellen

ruhen Stachelzellen, an denen höchstens die etwas weitere intercelluläre Distanz auffällt (vielleicht artefizielle Veränderung?). Von gröſstem Interesse ist aber der Verhornungsprozeſs, der zur Bildung einer eigentümlichen Hornsubstanz führt.[2] Man findet nämlich in der oberen Hälfte der Stachelschicht zwischen ganz normalen und gut gefärbten Zellen etliche partiell verhornte Stachelzellen, d. h. solche, die an einer Ecke schon verhornt, sonst aber ganz normal sind. Etwas höher sieht man nun andere Epithelzellen mit zwei bis mehreren solchen scharf umschriebenen Hornpolen und mit gleichzeitiger Trübung des Zellprotoplasmas und eventuell Zerfall des Kernes. In gleicher Höhe oder weiter oben erscheinen schwammige, poröse Stachelzellen, deren Kern verschwunden oder auf die Seite gedrängt ist. Sie sind abgerundet, stachellos, scharf konturiert, von dem ursprünglichen Zellenmantel umgeben und ihr Protoplasma besteht aus einem Knäuel dicker, braungefärbter Fasern. Je höher im Epithel angelangt, desto zahlreicher erscheinen diese degenerierten Zellen, zugleich verlieren sie auch ihre faserige, spongiöse Struktur oder schmelzen zu vollkommen homogenen, zitronengelben, scharf konturierten Kugeln zusammen, die hier und da eine bedeutende Gröſse erreichen können und die benachbarten Zellen verdrängen. An der oberen Grenze der Stachelschicht sind sie schon dicht nebeneinander und bilden derart die das Horn aufbauende Hornsubstanz. Keratohyalin ist nur spärlich und stellenweise vorhanden. Infolge der Anhäufung der Hornkugeln sind viele sonst normale Stachelzellen durch den Druck zugrunde gegangen; hiervon stammen die weiter oben im Hornkörper überall sichtbaren Fäden und Kernreste zwischen den Hornkugeln.

Die Hornmasse selbst kann kurz beschrieben werden. Das Cornu besteht demnach aus einer teils dichteren, teils lockeren Anhäufung der eben geschilderten Hornkügelchen mit dazwischen gelegenen spärlichen Überresten von Spongioplasma und Kernen.

Diese Art der Verhornung dürfte mit dem Verhornungsprozeſs identisch sein, dem wir in der suprapapillären Marksubstanz gewöhnlicher Cornua in Form circumskripter Säulen begegnen. Es ist aber unseres Wissens der erste Fall, daſs ein wohlentwickeltes Horn ausschlieſslich aus solcher Marksubstanz besteht. Ob die Markzellen gewöhnlicher Hörner ebenfalls derartig zustande kommen, wissen wir nicht; das Endresultat ist aber ein und dasselbe; nämlich: die bei den eben beschriebenen Hörnern suprapapillär gefundenen Markzellen. Mittels einer logischen Deduktion wäre es vielleicht anzunehmen, daſs das gewöhnliche Hornmark, dessen erste Entwicklungsstadien gewöhnlich unbemerkt bleiben, da wir meist nur das fertige vor uns sehen, etwa auf dieselbe Weise entstehen könne.

---

[2] S. Tafel II, Fig. 7 u. 8.

Diese Geschwulst entspricht also einem auf vermutlich sarkomatöser Basis gewachsenen Horne, welches eigentümlicherweise aus lauter Hornmarksubstanz besteht, die auf zwei verschiedenen Wegen zustande kommt: 1. Entweder treten in den mittleren Stachelzellen infolge partieller Verhornung zuerst kleine, nach oben hin immer gröfser werdende Hornkugeln auf, die allmählich die ganze Zelle erfüllen und die mehrfache Gröfse einer Stachelzelle erreichen können, oder 2. das Zellprotoplasma wandelt sich in eine grobfaserige oder grobgekörnte Substanz um, die im weiteren Verhornungsprozesse immer feinkörniger und schliefslich vollkommen homogen wird. Was die tinktoriellen Eigenschaften dieser Zellen anbelangt, so ist ihre Farbe im Anfangsstadium (grobe Körnung oder Faserung) von der Umgebung nur wenig abweichend. Bei der Anwendung der Methode von Apáthy: dunkelbraun. Je weiter die Verhornung fortschreitet, desto mehr nähert sich ihre Farbe der zitronengelben, was bei dieser Färbung für die entwickelte Hornsubstanz charakteristisch ist. Eigentümlich ist in diesem Falle ferner, dafs sich diese Art von Hornmark aus einem bandartigen, leistenlosen, nicht welligen Epithel entwickelt hat, im Gegensatz zu den gewöhnlichen, echten Hauthörnern, wo die Marksubstanz ohne Ausnahme nur über den Papillenspitzen zu finden ist.

Aus diesen Untersuchungen ist es ersichtlich, dafs unsere Cornua cutanea (I—V) eine ziemlich ähnliche Struktur besitzen. Sie bestehen aus welligen Schichten hypertrophischer, meist kernhaltiger Hornsubstanz, die auf einem papillären Gerüst ruht, dessen Papillen aktiv oder passiv in hohem Mafse verlängert sind. Die Hornsubstanz, die entweder zylindrisch ist oder einem mehr oder weniger zerklüfteten Gebirge ähnlich sich auftürmt, beginnt an der Peripherie des Hornes in Form einer sich allmählich verstärkenden Hyperkeratose, die in den mehr zentral gelegenen Teilen des Cornu sich in eine meist wohlausgebildete Parakeratose umwandelt. Die meisten Stachelzellen erfahren aber keine vollständige Verhornung, sondern häufen sich an und bilden derart die Hauptmasse der Hörner in einem Zustande, wo sie zwar abgeflacht und verhornt sind, ihre tingiblen Kerne aber noch nicht verloren haben. Unter den kernhaltigen Hornsubstanzen fehlt das Stratum granulosum; dagegen ist es unter den kernhaltigen Randpartien der Hörner sehr üppig entwickelt. Ein Beweis dafür, dafs das Fehlen der Körnerschicht eine Hornschicht mit tingiblen Kernen bedingt. Ich mufs aber betonen, dafs ich in allen Präparaten, ausgenommen die Randpartien, im allgemeinen sehr wenig Keratohyalin gefunden habe, und zwar manchmal nur Spuren von Granulationen in den interpapillären Einsenkungen der Stachelschicht. Man kann sich in schematischer Weise die

meisten echten Hauthörner aus senkrechten Hornsäulen zusammengesetzt denken, von denen die kernhaltigen suprapapillär, die kernlosen oder kernarmen interpapillär gelegen sind.

Es ist dies aber nicht der einzige Unterschied zwischen den supra- und interpapillären Teilen der Hornsubstanz, sondern es besteht auch unter denselben eine auffallende Differenzierung bezüglich der Struktur und der Härte des Horngewebes.

Solcherweise ist die von SIMON und VIRCHOW erwähnte, später von UNNA[3] vorzüglich geschilderte Markraumbildung charakteristisch, die in jedem unserer Fälle oberhalb der Papillenköpfe vorhanden ist. Die darin befindliche „Marksubsanz“, die aus einer oder mehreren, senkrecht gelagerten Reihen von grofsen, mehr ovalen, glänzenden, horn- oder kartoffelähnlichen, kernlosen, homogenen Zellen besteht, stammt aus den über den Papillenköpfen liegenden Stachelzellen und ist wahrscheinlich ein Degenerationsprodukt derselben. Diese Degeneration beginnt mit einer körnigen Trübung des Protoplasmas mit gleichzeitigem Schwund des Kernes. Manchmal wird der Kern zur Seite gedrückt und erscheint als ein schmales, peripheres Streifchen; gewöhnlich zerbröckelt er und verschwindet vollständig. Zugleich schwillt der Zelleib an, verliert die Epithelfaserung und erhält derart scharfe Konturen, dafs man einen Tropfen dichter Flüssigkeit vor sich zu haben wähnt. In den weiteren Stadien der Entartung wird die körnige Beschaffenheit dieser Zellen immer undeutlicher, bis das Protoplasma vollständig homogen geworden ist. Diese degenerierten Epithelien, deren Beschaffenheit weiter oben ausführlich beschrieben wurde, liegen dachziegelartig mit meist schräger oder horizontaler Längsachse und erfüllen die suprapapillären Räume in ein- bis mehrfachen Reihen weithin bis an die äufserste Spitze des Hornes. Ihre tinktoriellen Eigenschaften stimmen mit denen der Hornsubstanz überein. Ich fand sie nie lufthaltig, hohl, sondern im Gegenteil immer sehr kompakt und homogen. Derartige „Markräume“ befinden sich aber nicht etwa über allen Papillenköpfen, sondern können an einem Längsschnitte höchstens an drei bis fünf bis sieben Stellen beobachtet werden.

Die eben beschriebene körnige Trübung der Epithelzellen wurde auch von UNNA (s. *Histopathologie*, S. 878) beobachtet und unter dem Namen „nukleäre Degeneration“ schon 1879 beschrieben. Nur hält sie UNNA für eine selbständige Veränderung neben der Markzellenbildung, während ich diese nukleäre, körnige Degeneration als die erste Stufe jener Veränderungen betrachten mufs, die zur Bildung der sog. Markzellen führen.

In manchen Marksäulen ist noch eine sekundäre Entartung dieser Hornmarkzellen zu bemerken, indem mehrere derselben ihre Konturen ver-

---

[3] UNNA, Das Fibrokeratom. *Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie.* 1880. Bd. XII.

lieren und zu einer amorphen, ebenfalls homogenen, aber sich dunkel färbenden, öligen Substanz verschmelzen. Dieses Degenerationsprodukt finden wir aber nur in älteren Markräumen. Der Markraum wird immer von sehr fester Hornsubstanz umgeben, deren Lamellen gewöhnlich senkrecht an der betreffenden Säule auf- und ablaufen.

Die zwischen zwei benachbarten Marksäulen befindliche interpapilläre Hornsubstanz ist viel lockerer, ihre Lamellen liegen nicht dicht aneinander, sondern sind entweder siebartig durchlöchert oder durch parallele Lücken voneinander geschieden. Demnach sind die interpapillären Teile die lockersten, die suprapapillären dagegen die dichtesten, verschweifsten Stellen des Hornes. Die peripheren Teile sind infolge mechanischer Einwirkungen ebenfalls locker, zersplittert und ausgefranst. Sie bilden gleichzeitig einen Aufenthaltsort für verschiedene Hornbakterien, Fett, Detritus, die die Lücken massenhaft erfüllen. Die Struktur des Hornes wird aber nicht nur durch die senkrechte Differenzierung in verschieden gestaltete Säulen bedingt, sondern auch durch den unregelmäfsig wechselnden Bau der verschiedenen Höhenregionen. Ganz unsystematisch wechseln z. B. kernlose resp. kernarme Teile mit diffusen oder scharf umgrenzten Herden, die unzählige, wohlgefärbte Kerne enthalten. Aufserdem fanden wir in unserem IV. Falle die merkwürdige Erscheinung, dafs die das Cornu bildende Hornsubstanz ganze Haufen zwar trüber, degenerierter, aber kernhaltiger, konturierter, normal angeordneter Stachelzellen enthielt, als ob gröfsere Stücke einer Stachelschicht in toto hoch in die Hornsubstanz verlegt worden wären.

Die Stachelschicht ist gewöhnlich hypertrophisch, man begegnet einer mehr oder minder entwickelten Akanthose. Ihre Zellen sind gewöhnlich normal, oder es folgen auf kleine, dichte Basalzellen vergröfserte Stachelzellen. Indessen beobachteten wir (s. Cornu Nr. IV) in einem Falle ödematöse Durchtränkung der Stachelschicht, die eine UNNAsche retikulierende Degeneration und Altération cavitaire (LELOIR) hervorgerufen hat. Eine Durchwanderung des Epithels von Leukocyten fanden wir nicht, blofs spärlich Kernteilungsformen in einigen Präparaten.

Das Bindegewebe unter dem Horn fanden wir in einigen Fällen normal, in anderen gewuchert. Eine starke Vermehrung der fixen Bindegewebszellen konnten wir nicht konstatieren. Dagegen sahen wir ein Emporsteigen der ganzen bindegewebigen Basis (hauptsächlich im Fall II), so dafs das Epithel bogenartig über das Hautniveau gehoben wurde. Die Papillen sind an der Peripherie sowohl der Länge als der Breite nach proportional vergröfsert, häufig verästelt; ihr Wachstum wird aber in den mittleren Teilen der Präparate einseitig: sie können eine aufserordentliche Länge erreichen, was aber meist auf Kosten ihres Breitendurchmessers erfolgt. Oft sind nur die seitlichen Papillen exzessiv vergröfsert, während

die mittleren viel kürzer bleiben oder sogar vom Epithel niedergedrückt werden. Die Zahl der Papillen im Hauthorn ist entschieden viel geringer als gewöhnlich, was auch teils durch ihre breite Basis bedingt sein kann. Sowohl die Kapillaren der Papillen als auch die Gefäfse des Corium sind alle stark erweitert. Im Corium der meisten unserer Fälle fanden wir eine schwächere oder sehr starke Plasmazelleninfiltration. Über das Verhalten der Hautdrüsen können wir keine Auskunft geben. Im Cornu Nr. V allein konnten wir eine Hypertrophie der Talg- und Knäueldrüsen konstatieren, was aber nicht mafsgebend ist, da das Präparat von der Haut der Nase stammte. In den anderen Fällen fehlten die Drüsen, es sei aber bemerkt, dafs die Exstirpationen aus kosmetischen Gründen zu oberflächlich vorgenommen wurden.

Das elastische Gewebe wurde normal gefunden.

Wenn wir nun unseren histologischen Befund mit den in der Literatur dargelegten wichtigeren Befunden vergleichen wollen, so finden wir, dafs ein Vergleich umso schwieriger ist, da unter dem Namen Hauthorn, Cornu cutaneum, Cornu humanum, Cornu senile und juvenile, Fibrokeratom usw. Geschwülste beschrieben sind, die histologisch von sehr verschiedener Struktur sind. Der gröfste und wichtigste Unterschied in den bisherigen Beschreibungen betrifft die Beschaffenheit des Papillarkörpers. Ein Teil der Autoren beobachtete eine enorme Hypertrophie der Papillen, so dafs letztere aus zellreichem Bindegewebe bestanden, mehrere deutlich erweiterte Gefäfse mit sich führten und hoch in die Hornsubstanz — zuweilen sogar bis an die Spitze — hineinragten. Andere Forscher beschrieben im Gegenteil nicht blofs den absoluten Mangel an Papillen an der Hornbasis, sie fanden vielmehr, dafs die untere Epithelgrenze sogar in die Cutis vertieft war; demnach keine Spur von Bindegewebshypertrophie, sondern nur eine einseitige Wucherung der Epithelschichten sogar in die Tiefe.

Zwischen diesen beiden Extremen finden wir nun verschiedene Zwischenstufen, z. B. solche mit normalen Papillen, oder Hauthörner, die nur an beiden Seiten verlängerte Papillen enthalten, in den zentralen Teilen aber normale oder atrophische Papillen aufweisen, ferner solche, die zwar sehr lange, papillenähnliche Verlängerungen enthalten, die aber so zellarm und dünn sind, dafs sie den Namen Papillen nicht verdienen, sondern nur Bindegewebsausläufer genannt wurden.

Angesichts dieser differierenden Befunde müssen wir also die Hauthörner in zwei Hauptgruppen einteilen, deren eine papillär gebaute, die andere nicht papillär gebaute Hauthörner enthält.

So sind aufser einem Teil der gewöhnlichen Hauthörner die filiformen Cornua, d. i. Unnas Fibrokeratome, immer von papillärer Struktur, die multiplen juvenilen Hauthörner dagegen — wie es scheint — nicht papillär gebaut.

Eine weitere Eigentümlichkeit der Hauthörner ist die sog. Markraumbildung. Es gibt Hauthörner mit und ohne Markraumbildung, und zwar sind die papillär gebauten gewöhnlich markhaltig, während die nicht papillären der Marksubstanz entbehren.

Abgesehen von den zahlreichen Detaildifferenzen können es uns schon diese kardinalen Unterschiede allein erklären, weshalb die Genesis der Hauthörner von den Autoren auf so verschiedene Weise aufgefaſst wurde, demzufolge auch heute noch in dieser vielfach bestrittenen Frage kein Einklang herrscht. Einerseits ist nämlich das zur Untersuchung dienende Material der Autoren tatsächlich histologisch different, andererseits sind die Geschwülste verschiedenen Alters und zeigen infolgedessen das Bild diverser Entwicklungsstufen usw.

Über die Pathogenese der Cornua cutanea entstanden im Laufe der Zeit zuweilen recht phantastische Theorien. So sollten z. B. die Hauthörner nach WILSON aus eingetrocknetem Sekret übermäſsig secernierender Talgdrüsen bestehen. KLENKE[4] dachte, daſs dieselben aus einer Zahl verklebter Haare entstehen können usw. Ein Blick in das Mikroskop genügt, um solche Annahmen zu widerlegen. Ebenso unhaltbar ist die alte Theorie über den follikulären (LEBERT, MANSSUROFF) Ursprung, der schon von RINDFLEISCH und UNNA verworfen wurde. Es können sich bei älteren Individuen namentlich auf der Gesichtshaut aus den Follikelmündungen kleine Hornhöcker bilden, die aber mit Hauthörnern nichts gemein haben. Die Follikel beteiligen sich allerdings manchmal an dem Aufbau der Cornua, jedoch nur zufällig, wie ich das in meinem Fall V beobachten konnte, indem die eben unter dem Horn befindlichen Follikel in einen Zustand der Keratosis follicularis geraten und ihre erweiterte Mündung erfüllende Hornlamellen dem eigentlichen Horne hinzuführen. Ebenso können die Talg- und Schweiſsdrüsen (s. Fall III und IV von SPIETSCHKA [29]) unter Umständen zur Bildung von Hauthörnern beitragen, da die Drüsen ihr flüssiges Produkt mitten in die Hornmasse hineinführen.

Die Follikel spielen also in der Genese der Hauthörner keine wichtige Rolle, so daſs wir diese Theorie von nun an ganz unbeachtet lassen können. Es sind nunmehr zwei Ansichten, die miteinander kämpfen, und zwar ist es strittig, ob bei der Entstehung des Hauthornes den Papillen oder dem Epithel die wesentliche Rolle gebühre, d. h. ob das Hauthorn auf einer primären Bindegewebswucherung oder einer primären Epithelwucherung beruht. Bevor ich aber dieser Frage näher trete, möchte ich es in aller Kürze präzisieren, was ich eigentlich unter Hauthörnern verstehe, wie ich sie einteile und unter welchen lokalen oder allgemeinen Umständen dieselben entstehen können. (Fortsetzung folgt.)

[4] Von FRANKE zitiert.

Die bisherigen Erfahrungen mit der Quarzlampe.

Von

Prof. KROMAYER-Berlin.

Seit meiner ersten Veröffentlichung über die Quarzlampe (1) sind bereits zahlreiche Arbeiten erschienen, die meine Angaben zwar zum großen Teil bestätigen, aber gleichzeitig eine Reihe berechtigter Ausstellungen machen. Es erscheint mir daher angezeigt, diese gemeinsam mit meinen eigenen weiteren Erfahrungen und den inzwischen gemachten Verbesserungen an der Lampe zu besprechen.

1. Oberflächenwirkung der Quarzlampen.

Die große überlegene Flächenwirkung der Quarzlampe wird allseitig auch vom Finseninstitut in Kopenhagen (4, 5) anerkannt. Einigen Autoren (BUSK [4], STERN [10]) scheint sie aber zu groß zu sein und leicht zu unliebsamen Lichtnekrosen Veranlassung geben zu können. Obgleich ich nur in zwei Fällen nach einstündiger Belichtung Lichtnekrosen habe auftreten sehen, so ist doch die starke Oberflächenwirkung der Quarzlampe in den Fällen unerwünscht, wo eine Tiefenwirkung, wie beim Lupus, beabsichtigt ist.

Durch Beimengung einer Methylenblaulösung (11, 14, 14a) zur Spülflüssigkeit der Lampe kann diesem Übelstande abgeholfen werden, indem, wie ich schon früher gezeigt habe, ein großer Teil der äußeren ultravioletten Strahlen, auf denen die Oberflächenwirkung beruht, ebenso absorbiert wird, wie ein Teil der Wärmestrahlen, so daß das „blaue" Quecksilberlicht eine Auslese derjenigen Strahlen enthält, denen neben einer großen photochemischen Wirksamkeit die relativ größte Penetrationsfähigkeit zukommt.

Eine gleiche Auslese der Strahlen kann durch Filtrierung des Lichtes durch eine blaue „Ultraviolett"-Glasscheibe (14b), wie sie die Quarzlampen-Gesellschaft an den später zu besprechenden abnehmbaren „Belichtungsansätzen" angebracht hat, erreicht werden.

BERING (6) hat experimentell nachgewiesen, daß das blaue Quecksilberlicht dem weißen in seiner Tiefenwirkung quantitativ nicht nachsteht, so daß es also vorteilhaft überall dort angewendet werden kann, wo eine Tiefenwirkung des Lichtes beabsichtigt ist.

Überall aber, wo es nur auf Erzeugung einer oberflächlichen Hautentzündung ankommt, ist natürlich das weifse Quecksilberlicht anzuwenden, das nach Busk (4) schon nach Einwirkung von einer Sekunde ein deutliches Lichterythem am Vorderarm hervorruft.

2. Tiefenwirkung der Quarzlampe.

Während ich nach meinen experimentellen und klinischen Erfahrungen eine intensivere Tiefenwirkung meiner Lampen als der Finsenapparate annehmen zu können glaubte, habe ich in diesem Punkte, wenn auch Zustimmung, so doch mehr Widerspruch erfahren, Zustimmung von Wetterer (3), Lohde (13) auf Grund klinischer Erfahrung, von Wichmann und besonders von Bering auf Grund experimenteller Untersuchung; Widerspruch von Schultz (12), Stern, Hesse (10), Mulzer (15), Busk (4), Johannsen (5) auf Grund theoretischer Überlegung und experimenteller Untersuchung.

Die entgegengesetzten Resultate der verschiedenen Forscher scheinen mir auf einer differenten Anordnung der betreffenden Experimente, einer verschiedenen Handhabung der Lampen und einem ungleichen Kalkül zu beruhen, was am deutlichsten aus den Arbeiten von Johannsen (5) (Finseninstitut Kopenhagen) und Mulzer (15) hervorgeht. Johannsen gibt für die Lichtenergie beider Lichtquellen folgende Tabelle:

	Sichtbare Strahlen bis 0,4	Innere ultraviolette Strahlen 0,4 bis 0,32	Äufsere ultraviolette Strahlen (von 0,32)
Finsen-Reyn-Lampe	4,4	7,1	16
Prof. Kromayers Quecksilberlampe	2,0	8,0	ca. 35

Da die sichtbaren Strahlen (bis 0,4) die penetrationsfähigsten sind, vindiziert er der Finsenlampe eine stärkere Tiefenwirkung (4,4 : 2,0), während er der Quarzlampe die stärkere Oberflächenwirkung zuspricht (35 : 16).

Johannsen hat hierbei die Lichtenergie der Finsenlampe im Finsen-Reyn-Fleck (2,1 cm Diameter) gemessen, d. h. an der Stelle, an der die Lichtstrahlen die gröfste Konzentration haben, während die therapeutisch ausgenutzte Lichtenergie der Finsenapparate sich gleichmäfsig auf die Fläche der Finsenschen Drucklinse verteilt, deren gewöhnliches Format einen Durchmesser von ca. 3,5 cm hat.

Bei Benutzung dieser Drucklinse verhält sich die therapeutisch ausgenutzte Lichtenergie der Finsenapparate zu der von JOHANNSEN am FINSEN-REYN-Fleck gemessenen (natürlich auf gleiche Flächeneinheit bezogen) umgekehrt wie das Quadrat von 3,5 zu dem 2,1 oder wie 441 zu 1225 oder fast wie 1 : 3.

Um die gewöhnlich in praxi therapeutisch ausgenutzte Lichtenergie beider Lampen zu vergleichen, sind also die von JOHANNSEN angegebenen Zahlen für die FINSEN-REYN-Lampe durch 3 zu dividieren, wodurch alsdann die starke therapeutische Überlegenheit der Quarzlampe über die FINSEN-REYN-Lampe in allen Strahlengattungen klar zutage tritt, und zwar nach den im Finseninstitut in Kopenhagen selbst gemachten Lichtmessungen

für die sichtbaren Strahlen (bis 0,4) wie 2 : 1,5 (ca.),
„ „ inneren ultravioletten Strahlen (bis 0,32) wie 8 : 2,4 (ca.),
„ „ äußeren „ „ (von 0,32 an) „ 35 : 5,6 „

Ebenso wie JOHANNSEN hat auch MULZER die Lichtmenge der Quarzlampe mit dem Finsenschen Kohlenlicht im Brennpunkt verglichen, der nach MULZER einen Diameter von 1,5 cm hat und somit noch eine stärkere Konzentration des Lichtes aufweist, wie bei den Untersuchungen von JOHANNSEN. Trotz dieser enormen Lichtkonzentration auf engstem Raume findet MULZER die „Oberflächenwirkung beider Lichtquellen“ (bis zu 8 mm Gewebsschicht) „fast ohne Unterschied“ und nur mit „zunehmender Dicke der zu zentrierenden Gewebsschicht die (Tiefen-)Wirkung der medizinischen Quarzlamqe weit von der des Finsenlichtes übertroffen“.

Wenn es gelänge, das Finsenlicht genau im Brennpunkte therapeutisch zu verwenden (wobei natürlich nur eine dem Diameter des Brennpunktes [1,5—2,1 cm] entsprechend kleine Hautstelle behandelt werden könnte), so wäre in diesem Falle das Finsenlicht dem Licht der Quarzlampe nach den Angaben von JOHANNSEN und MULZER in der Tiefenwirkung überlegen. Das ist aber in praxi kaum möglich und geschieht bei Anwenden aller FINSENschen Drucklinsen mit größerem Durchmesser als 1,5—2,1 cm nicht. Selbst im Experiment dürfte es schwer erreichbar sein, den mit dem Kohlenbogen seine Lage wechselnden kleinen Brennpunkt stets genau an einer bestimmten Stelle zur Wirkung zu bringen, wie denn auch MULZER schreibt (l. c. S. 869): „Da es sehr schwierig ist, den hängenden Tropfen genau unter resp. hinter den kleinen Brennpunkt des Finsenapparates einzustellen und ihn dauernd in dieser Lage fixiert zu halten usw.“ Aus dieser Schwierigkeit erklärt es sich wohl zum Teil, daß MULZER im Gegensatz zu der ersten Reihe seiner Versuche, die er mit lichtempfindlichem Papier anstellte, zu dem Resultate kommt, daß „nach

Passage einer 0,4—0,5 mm dicken Hautschicht das konzentrierte elektrische Bogenlicht in bisher üblicher Stärke selbst bei einstündiger Belichtung nicht die Bakterien in ihrem Wachstum zu schwächen, geschweige denn zu töten vermochten", während „zahlreiche Kontrolluntersuchungen bestätigen, dafs das Quarz-Quecksilberblaulicht unserer 110 Volt starken Lampen nach Passage einer 0,4 mm und 0,5 mm dicken chemischen Hautschicht nach $^3/_4$ stündiger Belichtung etwas hemmend auf das Wachstum von Prodigiosuskulturen wirkt, nach einstündiger Belichtung aber absolute Tötung aller Bakterien erzeugt". Die gröfsere Tiefenwirkung der Quarzlampe ist hier also von MULZER auf das deutlichste festgestellt, obgleich er sich sicher alle Mühe gegeben hat, das Kohlenlicht in seiner stärksten Konzentration, nämlich im Brennpunkt, zur Einwirkung zu bringen.

Ich füge orientierend hinzu, dafs MULZER bei direkter Bestrahlung im Brennpunkt des FINSENschen Kohlenlichtes nach fünf Minuten die Kulturen steril fand, während das Quarz-Quecksilberblaulicht zum selben Effekte nur vier Sekunden brauchte.

BERING (6) hat die Durchdringungsfähigkeit des Lichtes beider Lampen durch Mäusehäute mit dem EDERschen Photometer (Trübung einer Lösung von neutralem Ammoniumoxalat und Quecksilberchlorid durch Lichtwirkung) verglichen und macht folgende Angaben:

FINSEN-REYN-Lampe;	Eine Haut nach 3 Min. Trübung,
	zwei Häute „ 15 „ schwache Trübung,
	drei „ keine Trübung.
Quarzlampe:	Eine Haut nach 15 Sek. Trübung,
	zwei Häute „ 30 „ „
	drei „ „ $1^1/_2$ Min. „

Danach wäre die Tiefenwirkung der Quarzlampe wenigstens 30 mal stärker als die der FINSEN-REYN-Lampe.

WICHMANN (9) hält die Tiefenwirkung des Blaulichtes der Quarzlampe für gröfser als die der FINSEN-REYN-Lampe, die des Weifslichtes hingegen für geringer, da durch die grofse Masse der äufseren ultravioletten Strahlen dieses Lichtes bei längerer Bestrahlungsdauer Veränderungen in den oberflächlichen Hautschichten hervorgerufen werden, welche dem Durchgang der Strahlen in die Tiefe hinderlich seien.

Ich selbst habe die Tiefenwirkung der Quarz- und FINSEN-REYN-Lampe noch jüngst wieder an meinen eigenen Vorderarmen durch Zwischenlage gut angefeuchteter Papierlagen geprüft und folgende Resultate gehabt:

	Eine Papierlage		Zwei Papierlagen		Drei Papierlagen	
	Dauer der Bestrahl.	Reaktion	Dauer der Bestrahl.	Reaktion	Dauer der Bestrahl.	Reaktion
Quarzlampe (Weifslicht)	5 Min.	heftige Entzündung	5 Min.	keine	30 Min.	keine
			10 „	mäfsige Entzündung	50 „	geringe Entzündung
Finsen-Reyn Lampe	5 Min.	leichte Rötung	5 Min.	keine	30 Min.	keine
			10 „	keine	50 „	keine

Die Finsen-Reyn-Lampe brannte mit 21 Amp., der Lichtbogen war 5,5 cm von der hinteren Quarzscheibe, die im Diameter 3,5 cm messende Drucklinse 10 cm von der vorderen Fläche des Konzentrationsapparates entfernt und gleichmäfsig belichtet. Als Quarzlampe und gleichzeitig als Drucklinse benutzte ich das käufliche Modell mit nicht regulierbarem Widerstande.

Das letzte und entscheidende Wort über den Wert der so viel diskutierten „Tiefenwirkung“ wird aber erst die therapeutische Erfahrung zu sprechen haben. Vorläufig glaube ich auf Grund meiner und Berings Untersuchungen, sowie ganz besonders auf Grund der scheinbar entgegengesetzten Resultate der Untersuchungen von Johannsen und Mulzer meine früher gemachte Angabe aufrechterhalten zu sollen, dafs die therapeutisch ausgenutzte Lichtenergie der Quarzlampe die der Finsenapparate an Tiefenwirkung um das Doppelte bis Dreifache übertrifft.

3. Behandlung schwer zugänglicher Hautstellen und der Schleimhäute.

Mit Recht wird von den meisten Autoren betont, dafs das 4,5 cm im Durchmesser grofse, plane Quarzfenster der im Handel befindlichen Lampe ungeeignet sei, um schwerer zugängliche Hautstellen (Augenwinkel, Nasenpartien usw.) durch Kompression zu behandeln. Dieser Übelstand ist jetzt durch verschieden gestaltete kleinere, durch Wasserspülung gekühlte, Kompressorien[1] beseitigt, die dem Quarzfenster adaptiert werden. Die Lichtenergie wird nach meinen Berechnungen und Beobachtungen nicht sehr wesentlich verringert. Auf Anregung von Schüler (8, 8a) haben die

[1] Von der Quarzlampen-Gesellschaft Berlin-Pankow hergestellt und vertrieben (14 b).

Quarzlampen-Gesellschaft und Reiniger, Gebbert & Schall solide Quarzglasstäbe hergestellt zur Behandlung kleinerer Hautstellen und der Schleimhäute.

In diesen Quarzstäben, deren eines Ende direkt auf das plane Fenster der Quarzlampe aufgesetzt wird, pflanzt sich das Licht durch totale Reflexion fort, um am Ende des Stabes in voller Intensität auszutreten. Mit ihnen ist es möglich, die Schleimhäute der Harnröhre, des Mundes, des Rachens, der Nase, ja voraussichtlich auch der Harnblase und des Kehlkopfes phototherapeutisch zu behandeln.

Nach meinen Angaben stellt ferner Herr Kollmorgen, Berlin W., Bülowstr. 56, verschieden gestaltete, ebenfalls auf dem Prinzip der totalen Reflexion beruhende solide Quarzansätze her zur Behandlung schwer zugänglicher Hautstellen (Nasen-, Augenwinkel, Ohr, Lippe) mit planen, konkaven und konvexen Aufsatzflächen, so daſs nunmehr dem eingangs erwähnten Übelstande auf mehrfachem Wege abgeholfen sein dürfte.

4. Indikationen und therapeutische Resultate.

Das Quarzlampenlicht ist bisher erfolgreich angewandt worden bei folgenden Krankheiten:

Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Cancroid, Teleangiectasia, Naevus vasculosus, Acne rosacea, Acne vulgaris, Furunculosis, Folliculitis barbae, Folliculitis decalvans capitis, Ekzem, Psoriasis, Alopecia pityrodes, Alopecia areata, Ulcera cruris, Psoriasis linguae, Hypertrophische Narben, Prurigo, Pruritus, Vitiligo, Pigmentationen.

(Kromayer [2], Wetterer [3], Müller [7], Wichmann [9] Stern - Hesse [10], Lohde [13], Heyman [16], Buschke [17], Blaschko u. Jacobsohn [18].)

Unter diesen Krankheiten beanspruchen das Hauptinteresse der Lupus vulgaris, die Teleangiectasien (Naevus vasculosus) und die Alopecia areata, weil bei diesen Krankheiten das Licht Heilung zu bringen vermag über alle anderen bisherigen Mittel hinaus.

Während auſser mir noch Lohde (13), Wichmann (9), Müller (7), Wetterer (3), Heyman (16) die Quarzlampe den Finsenapparaten für die Lupusbehandlung im allgemeinen oder in bestimmten Fällen vorziehen oder gleichwertig halten und insbesondere Wetterer ebenso wie ich mit der Quarzlampe noch Heilungsresultate erzielt hat in Fällen, wo Finsen-Reyn versagt hatte, sind Stern-Hesse von der Wirkung der Quarzlampe nicht befriedigt, allerdings haben diese Autoren die Belichtungszeit zu kurz gewählt (10 Min.).

Für die Behandlung der Teleangiectasien (Naevus vasculosus, Acne rosacea) steht das Quarzlampenlicht nach Müller (7) an erster Stelle.

Jedenfalls lassen sich ausgedehnte Gefäfsmale nur durch die Quarzlampe beseitigen oder bessern.

Bei der Alopecia areata, soweit sie überhaupt heilbar ist und nicht durch Rezidive eine Heilung illusorisch macht, ist die Lichtentzündung anerkanntermafsen das sicherste Heilmittel, das in der Quarzlampe in bequemster Form geboten wird, ohne dafs natürlich dieses Licht in der Heilwirkung als solches vor anderen Lichtquellen etwas voraus hat.

Bei den übrigen oben angeführten Krankheiten kann zwar das Licht in einzelnen Fällen von vorzüglicher und vielleicht unersetzlicher Wirkung sein, es ist aber dabei zu bedenken, dafs wir für das Gros der Fälle bequemere Behandlungsmethoden haben.

Zu erwähnen wäre in dieser Hinsicht, dafs in letzter Zeit Blaschko die Quarzlampe bei Pruritus empfiehlt. Auch bei einzelnen Ekzemformen (Blaschko, Heyman, Müller, Wetterer), nach meinen Erfahrungen besonders bei hartnäckig rezidivierenden Bläschenekzemen, wenn selbst Röntgen versagt, kann Licht noch Vorzügliches leisten und direkt Heilung bringen. Unschöne hypertrophische Narben im Gesicht habe ich in letzter Zeit mehrfach durch Bestrahlung erheblich gebessert. Das hypertrophische Narbengewebe wird nach und nach durch wiederholte Bestrahlung eingeschmolzen und durch atrophisches Gewebe ersetzt.

Mehrere Fälle von Psoriasis linguae sind von mir teils geheilt, teils wesentlich gebessert worden. Schliefslich hat Buschke (17) Vitiligo wenigstens mit teilweisem Erfolge durch Bestrahlung mit der Quarzlampe behandelt.

Wie aus dieser kurzen Zusammenstellung hervorgeht, sind die Indikationen für die Lichtbehandlung wiederum vermehrt. Da jetzt auch noch die Schleimhäute der Lichtbehandlung zugängig gemacht worden sind, darf wohl angenommen werden, dafs das Ende in der Entwicklung der Lichttherapie noch lange nicht erreicht ist und dafs noch manche schöne Indikation für das mächtige Heilagens gefunden werden wird.

Literatur.

1. Kromayer, Quecksilber-Wasserlampen zur Behandlung von Haut und Schleimhaut. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Heft 10.
2. Ders., Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie. *Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 3.
3. Wetterer, Über einige Erfahrungen mit der Kromayerschen Quarzlampe. *Ärztl. Mitteilungen aus und für Baden.* 1907. Nr. 7 und *Archiv f. physik. Medizin und med. Technik.* Leipzig. Band II, Heft 3/4.
4. Guani Busk, Bemerkungen über die Kromayersche Quecksilberwasserlampe. (Aus Finsens medizinischem Lichtinstitut, Kopenhagen.) *Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 28.

5. E. S. Johannsen, Untersuchungen über die Wirkung der Kromayer-Lampe und der Finsen-Reyn-Lampe auf Chlorsilberpapier. (Aus Finsens medizinischem Lichtinstitut, Kopenhagen.) *Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 31.
6. Bering, Über die Wirkung violetter und ultravioletter Lichtstrahlen. *Med.-naturw. Archiv.* Berlin 1907. Heft 1. (Aus der Königl. Universitätsklinik für Hautkrankh., Kiel.)
7. G. J. Müller, Über den derzeitigen Stand und die Aussichten der Aktinotherapie. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 33.
8. Schüler, Neue Bergkristallansätze für die Lichtbehandlung von Schleimhäuten. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 12.
8a. Demonstrationen einiger Modifikationen zur Quecksilber-Quarzlampe. *Derm. Zeitschr.* 1907. S. 367.
9. Wichmann, Experimentelle Untersuchungen über die biologische Tiefenwirkung des Lichtes der medizinischen Quarzlampe und des Finsenapparates. (Aus der Lupusheilanstalt für Kranke der Landes-Vers.-Anstalt der Hansastädte zu Hamburg.)
10. Stern u. Hesse, Experimentelle und klinische Untersuchungen des ultravioletten Lichtes (Quarzlampenlicht). *Derm. Zeitschr.* 1907. S. 469.
11. Kromayer, Das neueste Modell der Quarzlampe mit Nebenapparaten. *Derm. Zeitschr.* 1907. S. 235.
12. Schultz, Zur Frage der Tiefenwirkung des ultravioletten Lichtes. *Derm. Zeitschr.* 1907. S. 369.
13. Lohde, Kromayersche Quarzlampe. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. S. 1278.
14. Die medizinische Quarzlampe nach Prof. Kromayer. Prospekt der Quarzlampen-Gesellschaft. Berlin-Pankow 1907.
14a. Blaulicht nach Prof. Kromayer. Prospekt der Quarzlampen-Gesellschaft. Berlin-Pankow 1907.
14b. Die Lichtbehandlung der Schleimhäute. Krompressorien für die medizinische Quarzlampe für die Lichtbehandlung kleinerer Hautstellen. Blaulichtfilter aus Ultraviolett und Quarzglas. Prospekt der Quarzlampen-Ges. 1907.
15. Mulzer, Vergleichende experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Finsenschen Kohlenlichtes und der medizinischen Quarzlampe. *Med. Klinik.* 1907. Nr. 29. (Aus dem radialogischen Institut des städtischen Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin. Leitender Arzt: Levy-Dorn.)
16. Heyman, Erfahrungen mit der Quarzlampe. (Aus der derm. Abteilung des Stadtkrankenhauses Friedrichstadt in Dresden.) *Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 42.
17. Buschke, Notiz zur Behandlung der Vitiligo mit Licht. (Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Rudolf Virchow-Krankenhauses. Dirigierender Arzt: Dr. Buschke.) *Med. Klinik.* 1907. Nr. 33.
18. Blaschko u. Jacobsohn, Vademecum für die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1907.

Nachtrag.

Nach Drucklegung des Vorstehenden ist eine Arbeit aus der „Breslauer Universitätsklinik für Hautkrankheiten“ von Pürckhauer erschienen: „Experimentelle Untersuchungen über die Tiefenwirkung der Kromayerschen Quarzlampe an normaler Haut.“ *Archiv f. Dermat.* Bd. 87, S. 355, in

der auf Grund genauer histologischer Untersuchungen belichteter Kaninchenohren die Frage aufgeworfen wird, ob das Finsen- oder das Quarzlampenlicht eine energischere Tiefenwirkung habe? Die schliefsliche zusammenfassende Antwort betreffs des Quarzlampenlichtes lautet: „Die destruktiven und reaktiv entzündlichen Vorgänge in der Tiefe sind aber derart, dafs sie den vom Finsenlicht gesetzten nicht wesentlich nachstehen, abgesehen davon, dafs besonders die regenerativen später auftreten, der schädigende Einflufs also stärker ist, als der die Heilung anregende."

Mir scheint diese Antwort etwas zu vorsichtig gefafst zu sein:

Aus den histologischen Untersuchungen geht nämlich mit aller Bestimmtheit hervor und wird auch ausdrücklich hervorgehoben (S. 368 l. c.) dafs das Finsenlicht den Ohrknorpel wenig oder garnicht beeinflussen kann, während das Licht der Quarzlampe Nekrotisierung und eine „enorme" Regeneration des Knorpels zur Folge hatte.

Hieraus ist sicherlich der Schlufs zu ziehen erlaubt, dafs das Quarzlampenlicht energischer auf den Ohrknorpel eingewirkt hat, als das Finsenlicht, dafs also in diesen Versuchen die Tiefenwirkung der Quarzlampe gröfser war als die der Finsenlampe.

Somit dürften auch diese histologischen Untersuchungen eine Stütze für meine Annahme sein, dafs die therapeutisch ausgenutzte Lichtenergie der Quarzlampe die des Finsenlichtes auch hinsichtlich der Tiefenwirkung übertreffe.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Dezember 1907.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Hoffmann demonstriert ein mikroskopisches Präparat, **Epitheliom auf seborrhoischer Warze** entstanden (vergl. die Demonstration von Arndt, Nov. 1907, in welcher es sich um ein flaches Epitheliom am Rücken gehandelt hat, welches keinen Ursprung aus einer senilen Warze erkennen liefs).

2. Hoffmann demonstriert einen jungen Neger mit **Framboesie.** Die Krankheit brach im Sommer an der Oberlippe aus und verbreitete sich dann über den Körper. Ob die starken framboesiformen Knoten der Lippe den Primäraffekt darstellen, läfst sich nicht sicher entscheiden. Aufser der Lippenaffektion besteht ein ausgebreiteter Ausbruch flacher follikulärer und gruppierter Effloreszenzen am Rumpf und den Extremitäten sowie eine flache, grofsfigurierte, serpiginöse Eruption der Handfläche. Die Schleimhäute sind frei, keine Alopecie. Aus den framboesiformen Herden, die vor einigen Tagen, als noch kein Jodkalium gebraucht wurde, weit typischer waren, gelang es Spirochäten zu gewinnen, welche bis auf kleine Unterschiede (vielleicht weniger spitze Enden, dunkle Körner im Spirochätenleib) der Pallida völlig glichen.

Diskussion: Halberstädter hält die Stelle der Oberlippe für sehr charakteristisch; für gewöhnlich sieht man auf diesen Efflorescenzen eine Borke, nach deren Ablösung der framboesiforme Grund hervortritt. Die Handtelleraffektion kann an und für sich nicht als allein für sich beweisend angesehen werden. Wichtig ist zum Unterschiede zwischen Lues und Framboesie, daſs bei letzterer alle Eruptionen denselben Typus besitzen, während bei der Lues groſse klinische Unterschiede zwischen primären, sekundären und tertiären Eruptionen bestehen. Die Inkubation scheint bei Framboesie genau 21 Tage zu betragen. Hoffmann erwähnt, daſs die Inkubation nach Jeanselme (Pratique dermatologique) verschieden lang, bis zu Monaten, sein soll.

3. Dreyer demonstriert eine ältere, magere Frau mit $1/2$% Albumen im Urin, die an einer stark juckenden Eruption tiefsitzender und oberflächlich nekrotisierender Knötchen leidet. Arme und Hals sind von weiſsen Narben bedeckt, zwischen denen erhebliche Pigmentierung besteht. Die Affektion wird als **Akne necrotica** angesprochen.

Diskussion: Arndt hat die Patientin längere Zeit beobachtet und ihr Leiden als Urticaria necrotisans, eine besonders hohe Form der Urticaria papulosa, angesehen, welche häufig bei Leuten mit Albuminurie vorkommt. Derselben Ansicht ist Halle. Saalfeld findet groſse Ähnlichkeit mit Folliclis. Rosenthal verteidigt Dreyers Ansicht. Von Urticaria hat er nichts gesehen, vielmehr bestehen die Efflorescenzen aus Knötchen, die in die Haut eingelagert sind, und runder, im Niveau der Haut liegender Nekrose, die unmöglich so exakt mit dem Nagel herausgekratzt werden kann. Lippmann berichtet einen ganz ähnlichen Fall.

4. L. Lilienthal demonstriert die sog. **blauen Mongolengeburtsflecke** an zwei neugeborenen Kindern. Beide sind brünett und stammen von brünetten Eltern.

Diskussion: Saalfeld berichtet einen weiteren Fall.

5. M. Marcuse demonstriert den in der vorigen Sitzung gezeigten Fall von **phagedänischem Ulcus der Unterlippe**. Unter zweimaliger Röntgenbestrahlung und ohne weitere lokale Therapie ist es in 16 Tagen völlig verheilt.

Diskussion: Schultz findet die Bestrahlung (zweimal 8 Minuten mit weicher Röhre) recht kräftig; Hoffmann nähert die Art des Ulcus der Angina ulcerosa an. Mikroskopische Untersuchung auf Spirillen und fusiforme Bazillen hat nicht stattgefunden.

6. Saalfeld berichtet über Fälle von **Dermatitis nach Hantieren mit Panamahüten** sowie über eine **Dermatitis nach Naphthalin**.

Diskussion: Blaschko hat immer gefunden, daſs Naphthalin, welches er viel therapeutisch verwendet, sehr selten reizt, daſs zur Entstehung einer Dermatitis immer eine Idiosynkrasie gegen diesen Stoff vorausgesetzt werden muſs. Lesser hat diese Pelzkragenaffektion ebenfalls gesehen, vielleicht ist auch das Insektenpulver ab und zu die Ursache einer Dermatitis. Heller macht darauf aufmerksam, daſs auf seine Anregung hin beschlossen worden ist, auch bei tierischen Parasiten (Scabies, Pediculi) eine Desinfektion von Wohnung und Kleidern vorzunehmen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 87. Heft 2 und 3. Oktober 1907.

I. **Zur Kenntnis der „sarkoiden" Hauttumoren**, von Paul Rusch-Innsbruck. Bei einem sonst gesunden, kräftigen Manne entwickeln sich vor Jahresfrist an symmetrischen Stellen beider Genito-Cruralfalten, und zwar dort, wo die seitlichen Skrotalflächen mit den gegenüberliegenden inneren Schenkelflächen in Kontakt stehen, zunächst die Erscheinungen eines heftig juckenden, nässenden, intertriginösen Ekzems, das jeder Behandlung hartnäckig trotzt. In weiterem Verlaufe erheben sich diese ekzematös veränderten Hautflächen zu gut umschriebenen, flach erhabenen, auf ihrer Unterlage gut verschieblichen, derben Geschwülsten, deren Oberfläche leicht uneben und dunkelrot ist, teils näfst oder eitert, teils verkrustet ist, hier und da auch kleinste, miliare, meist follikulär sitzende Abscefschen birgt, die bei seitlichem Druck ihren Inhalt als kleinste Eitertröpfchen entleeren. Während mehrwöchentlicher Beobachtung liefs sich weder ein Wachstum der beiden Tumoren feststellen, noch Zerfallserscheinungen oder gar Rückbildungsvorgänge. Die Affektion blieb ihrem Umfange nach stationär und zeigte immer dasselbe einförmige Aussehen. Die ekzemartigen Oberflächenveränderungen wurden durch die in Anwendung gebrachten, allerdings möglichst indifferenten Mittel in keiner Weise beeinflufst. Eine Beteiligung anderer Organe liefs sich ebensowenig feststellen wie Anomalien der Blutbeschaffenheit, das Allgemeinbefinden blieb aufser dem Juckreiz gut. Die Diagnose war zweifelhaft und wurde erst durch die histologische Untersuchung geklärt. Die Entstehung der Geschwulst liefs sich auf eine Wucherung von fixen Elementen und Endothelien gewisser Bindegewebsterritorien der Cutis zurückführen, die gleichsam zu einem Gewebe von teils endothelialem, teils sarkom- bezw. lymphosarkomartigem Charakter entarten. Um ein echtes Sarkom handelte es sich nicht, sondern um eine sarkoide Geschwulst.

II. **Über Erythrodermia exfoliativa universalis pseudoleucaemica**, von Wechselmann-Berlin. Die Fälle von Erythrodermie auf pseudoleukämischer Grundlage sind ziemlich selten. Verfasser berichtet über einen solchen Fall aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin, der entschieden der Pseudoleukämie zuzurechnen ist.

III. **Über symmetrische juckende Dermatitis, die mit Hyper- oder Hypo- und Anästhesie einhergeht**, von Hans Vörner-Leipzig. Vörner teilt mehrere Krankenberichte mit, welche erkennen lassen, dafs bei den Kranken anfallsweise Effloreszenzen auftraten, die bei einem Teile ausschliefslich aus Kratzeffekten bestanden. Bei anderen kamen auch Urticariaquaddeln vor, und schliefslich fanden sich Veränderungen, die dem chronischen Ekzem oder dem Lichen Vidal gleichen. Auffallend ist bei allen das symmetrische Auftreten der Affektionen und die Störung der Sensibilität. In einigen Fällen kommt es aufser dem Jucken zur Herabsetzung der Tast- und Temperaturempfindung, in anderen zur Steigerung derselben. Aus diesem Grunde könnte man zwei Kategorien solcher Fälle aufstellen, welche mit herabgesetzter oder aufgehobener und solche mit gesteigerter Sensibilität, zumal da die einzelnen Fälle keinen Wechsel der Symptome bieten. Diese Sensibilitätsstörung entspricht meistens den Veränderungen der Haut. Die Rückbildung erfolgt, indem die Sensibilitätsstörung an den Grenzen zurückweicht, allmählich schräger wird und hiermit gleichzeitig das Jucken aufhört. Meistens treten Rezidive ein.

IV. **Ein Beitrag zur Kenntnis und Differentialdiagnose der Urticaria pigmentosa (xanthelasmoidea, naeviformis),** von Max Klotz-Magdeburg. Ein Kind von $1^1/_2$ Jahren kam mit der Diagnose Lues hereditaria ins Krankenhaus. Die gründliche Untersuchung ergab Urticaria pigmentosa. Der Fall wird ausführlich geschildert.

V. **Über multiple Lympho- resp. Chylorrhoe,** von W. Reiss-Krakau. Eine multiple Chylorrhoe gehört zu den seltensten Erkrankungen und meldet daher Reiss einen neuen Fall eigener Beobachtung bei einer 17jährigen Patientin. Das Aussehen der direkt aus den Bläschen stammenden Flüssigkeit entspricht am meisten dem einer fetten Milch, sie hat eine weifse Farbe, die vollkommen undurchsichtig ist und manchmal einen leichten bläulichen, ins Cyanotische spielenden Schimmer zeigt. Bei Zimmertemperatur tritt bald eine klumpige Gerinnung ein. Unter dem Mikroskop findet sich eine Menge kleiner Fettkügelchen, vereinzelte Leukocyten und Epithelien. Rote Blutkörperchen äufserst selten, sonst keine morphologischen Elemente. Nach der chemischen Untersuchung handelte es sich um Chylorrhoe. Die direkte Ursache der Erkrankung war eine primäre, kongenitale, anormale Bildung der lymphatischen Bahnen im Sinne Luschkas. Die Therapie ist in solchen Fällen machtlos, nicht ganz von der Hand zu weisen ist vielleicht ein elektrolytisches Verfahren, und zwar mit Zuhilfenahme ganz schwacher Ströme im Sinne einer Punktierung einzelner Ausführungsgänge mittels der Kathodennadel. Der Erfolg wäre in einer bindegewebigen Obliteration der ektatischen Chylusbahnen zu erhoffen.

VI. **Ein Fall von Pityriasis rubra Hebra mit Lymphdrüsentuberkulose,** von O. Müller-Dortmund. Es handelt sich um einen Fall von Pityriasis rubra aus Fabrys Abteilung, der mit Lymphdrüsentuberkulose kombiniert war. Die charakteristischen Symptome der Pityriasis fehlten fast gänzlich, erst durch den positiven Ausfall einer Untersuchung von Lymphdrüseneiter auf Tuberkelbazillen bestärkte die Diagnose Pityriasis rubra Hebra. Die mikroskopische Untersuchung gab völligen Aufschlufs. Es handelt sich eben bei der Hebraschen Krankheit um ein auf tuberkulöser Basis auftretendes Leiden.

VII. **Zur Kenntnis des Kaposischen Pigmentsarkoms,** von Walther Pick-Wien. An der Hand zweier Fälle aus Riehls Klinik sah Verfasser, wie sich, beginnend als Elephantiasis lymphangiectatica, durch allmähliche Umwandlung der Lymphcysten in solide Tumoren ein Krankheitsbild sich entwickelte, das klinisch und histologisch vollkommen dem Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum entsprach. Die Beziehungen zwischen Lymphstauung und Tumor erscheinen zweifellos. Die Lymphstauung tritt in Konkurrenz mit einer allgemeinen, durch Rasse (es handelt sich um zwei Juden) oder andere Momente bedingte Disposition, die lokale Disposition für die Entwicklung des Tumors abgeben, deren Lokalisation bedingen und ihr den Weg bahnen. Das Sarcoma idiopathicum erleidet insofern eine Verschiebung gegen die echten Sarkome hin, als bei demselben eine Weiterentwicklung der lymphoiden Zellen statt hat, da sich dieselben in endothelähnliche Elemente umwandeln, um endlich, nach erschöpfter Wachstumsenergie, als fibröse Zellen zu endigen. Den Beginn und den Ausgang des Prozesses finden wir wesentlich sich in der Nachbarschaft der Gefäfse abspielend, und es scheinen sich wesentlich die um die Gefäfse herum gruppierten lymphoiden Elemente an der Neubildung zu beteiligen. Hierbei erzeugen möglicherweise Störungen der Lymphzirkulation die lokale Disposition; dies wird wahrscheinlich gemacht durch die häufig wahrgenommene Kombination mit Elephantiasis lymphangiectatica und den regelmäfsig beobachteten Beginn der Erkrankung in den peripheren Partien der Extremitäten, in welchen die Zirkulation schon normalerweise leichter behindert erscheint.

VIII. **Erythema toxicum bullosum und Hodgkinsche Krankheit (Sternbergsche chronisch-entzündliche Form der Pseudoleukämie)**, von Bruno Bloch-Basel. Ein Fall aus der Klinik zu Basel; es handelte sich um die granulierende Form pseudoleukämischer Tumoren, wie es Sternberg beschrieben hat und welche jetzt unter dem Namen Hodgkinsche Krankheit bekannt ist. Bei derselben können Erscheinungen in der Haut auftreten, und zwar entweder in Form von Hauttumoren, die den gleichen Bau aufweisen wie die Neubildungen in den anderen Organen, oder ein — wohl als toxisch aufzufassendes — über den ganzen Körper zerstreutes, rezidivierendes, erythematöses und bullöses Exanthem.

IX. **Indikationen der Lupustherapie nach ihrem gegenwärtigen Stande**, von Alfred Jungmann-Wien. An reichem Material aus Langs Klinik bespricht Verfasser die Erfolge der einzelnen Therapien beim Lupus und zeigt durch eine Anzahl von Bildern die erzielten Resultate, besonders auch die der chirurgischen Behandlung. Neben dieser radikalsten Behandlungsweise bespricht er die Indikationen für eine Lichtbehandlung, Radium, Behandlung mit resorptionsbefördernden und erweichenden Mitteln, milden und starken Ätzmitteln, Skarifikation, Exkochleation, Paquelin, Heifsluft und interne Therapie; letztere spielt nur eine ganz untergeordnete Rolle.

X. **Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injektion von Salicylsäure-Quecksilber und mit Merkuriolöl**, von Edvard Welander-Stockholm. (Schlufs.) Welander weist nach an reichem Material, dafs wir sowohl von dem Salicylquecksilber wie von dem Merkuriolöl sehr grofsen Nutzen haben; ersteres kann oft unschätzbar sein, wenn es gilt, in einer frühen Periode der Syphilis schwere Form wie für die Umgebung gefährliche Symptome zum schnellen Schwinden zu bringen. Eine Unannehmlichkeit ist die, dafs es in Paraffin liquid. aufgeschlämmt wird; mehrere Versuche, dies durch ein anderes praktisches Bindemittel zu ersetzen, sowie eine haltbare Lösung des Mittels, sei es in eiweifshaltigen oder in nicht eiweifshaltigen Flüssigkeiten, zustande zu bringen, sind bisher gescheitert. Das Merkuriolöl kann uns bei intermittierenden Behandlung grofse Dienste leisten. Allerdings können unangenehme, ja gefährliche Depots entstehen; gibt man aber das Mittel mit Verstand, überschwemmt man den Organismus nicht mit Quecksilber, so dürfte die Gefahr schwerer, unheilbarer Komplikationen eine sehr geringe sein.

XI. **Experimentelle Untersuchungen über die Tiefenwirkung der Kromayerschen Quarzlampe (Quecksilberdampflicht) an normaler Haut**, von Rudolf Pürckhauer-Breslau. Es handelt sich um die Prüfung der Lichtreaktion mit der Quarzlampe an normaler Haut ohne oder mit Zusatz von Methylenblau. Die Ergebnisse der Untersuchungen waren folgende: Das Licht der Quarzlampe ruft ohne Methylenblau bei direktem Auflegen auf die zu bestrahlende Stelle eine Nekrose hervor, die über das Mafs dessen hinausgeht, was wir von einer therapeutischen Lichtquelle verlangen. Die regenerativen Prozesse stellen sich sehr spät ein und vermögen unter Umständen die Lichtnekrose nicht wieder zu ersetzen. Die Schädigung des Gewebes ist eine so schwere, dafs sich das Gewebe nur sehr allmählich wieder erholt. Es tritt die anregende, die Regeneration befördernde, beziehentlich die die natürlichen Schutzmittel des Organismus freimachende Wirkung demgegenüber weit in den Hintergrund. Das Licht der Quarzlampe mit Methylenblauzusatz zum Kühlwasser dagegen erzeugt eine der Finsenwirkung gleiche, oberflächliche, allerdings später eintretende Nekrose, weil die ganz oberflächlich wirkenden Strahlen nicht zur Wirkung kommen und so der schädigende Einflufs der Bestrahlung an der Oberfläche sich auch erst später zeigen kann, gleichzeitig mit der Wirkung in der Tiefe oder nachher. Die destruktiven und reaktiv entzündlichen Vorgänge in der Tiefe sind aber derart, dafs sie den von Finsenlicht gesetzten nicht wesentlich nachstehen, abgesehen davon, dafs

besonders die regenerativen später auftreten, der schädigende Einfluſs also stärker ist als der die Heilung anregende.

Ferner stellte Verfasser bei sämtlichen einwandsfreien Versuchen mit Methylenblau ein deutliches Ödem fest, welches besonders stark auf der unbestrahlten Seite war, analog der Finsenwirkung, wenn auch auf der bestrahlten Seite viel schwächer ausgebildet. Da bei Bestrahlung ohne Methylenblau dieses entzündliche Odem bedeutend geringer ist, auf der bestrahlten Seite sogar zunächst völlig fehlt, und die Nekrose bei weitem rascher auftritt und tiefer greift, so muſs man annehmen, daſs durch Absorption der ganz kurzwelligen ultravioletten Strahlen (durch Methylenblau) diese starke, oberflächliche Nekrose nicht oder nur gering statthaben und somit die weniger nekrotisierende Wirkung in der Tiefe besser und energischer eintreten kann, d. h. es treten die schädigenden Wirkungen des Lichtes zurück, und es kommen die durch die Belichtung angeregte entzündliche Hyperämie und ihre heilenden Kräfte mehr zur Geltung.

XII. **Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum mit experimentellen Untersuchungen über die Einwirkung verschiedener Lichtarten,** von G. Hahn und H. Weick-Breslau. Die Veränderungen der Haut beim Xeroderma pigmentosum, von denen Verfasser zwei Fälle untersuchten, beruhen auf der Einwirkung aktinischer Lichtstrahlen. Die diesbezüglichen Reaktionen fallen bei dieser Krankheit stärker aus als bei normaler Haut, es besteht also nur ein Intensionsunterschied zwischen beiden Reaktionen. Das verschiedene Verhalten der pigmentierten und nicht pigmentierten Xerodermhaut gegen Belichtung, darin bestehend, daſs bei ersterer die Reaktion weniger tief ins Gewebe sich erstreckt und darum auch rascher zur Restitutio ad integrum führt, beruht darauf, daſs das in sämtlichen Schichten des Epithels angeordnete Pigment einen Schutz gegen aktinisches Licht darstellt. Der jeweils verschiedene Pigmentgehalt erklärt auch die verschiedenen Endresultate der Belichtungsversuche betreffs des mehr oder minder kompletten Pigmentschwundes. Bemerkenswert ist die mehrmals gemachte Beobachtung der Entstehung jener charakteristischen Pigmentflecke nach Belichtung, wie Verfasser es am Bein nach Quarzlampen- und am Vorderarm nach Finsenbestrahlung bei seiner Patientin zu sehen Gelegenheit hatte. Im vorliegenden Falle entsprechen den einzelnen Pigmentflecken gewisse Hyperkeratosen auf der Haut, Erscheinungen, durch die der Beweis erbracht ist, daſs es gelang, die Symptome des Xeroderma pigmentosum, abgesehen von den atrophischen Veränderungen, experimentell hervorzurufen. Die Anwendung von Farbfiltern, speziell Methylenblaulösung, ermöglichte es, gewisse Strahlenarten abzufiltrieren. Es ergab sich aus den Experimenten, daſs zwischen den drei verwendeten Lichtquellen, der Finsen-Reyn-, der Uviol- und der Quarzlampe, kein prinzipieller, nur ein quantitativer Unterschied besteht, und daſs an chemisch wirksamen Strahlen die Quarzlampe die reichste ist. Die Behauptung, daſs eines der auslösenden Momente für die Erscheinungen die aktinischen Lichtstrahlen seien, ist durch diese Untersuchungen bewiesen; der Klärung der eigentlichen Grundursache dieser Krankheit sind wir dadurch allerdings nicht näher gekommen.

XIII. **Zur Behandlung der Syphilis mit Mergal.** Nach seinen Resultaten an 43 Patienten kann Verfasser das Mergal für die erste Kur, die besonders energisch sein muſs, nicht empfehlen; in dieser Periode sind entschieden Injektions- und Inunktionskuren vorzuziehen, die sicher eine viel intensivere und nachhaltigere Wirkung ausüben. Andererseits übt aber das Mergal zweifellos einen günstigen Einfluſs auf syphilitische Veränderungen aus, es ermöglicht eine milde, meist beschwerdelose und diskrete Behandlung der Syphilis und ist für die Zwischenkuren bei der chronisch-intermittierenden Behandlung sehr geeignet, besonders da es das einzige

intern anzuwendende Merkurpräparat ist, das auch bei wochenlanger Anwendung nur selten Störungen hervorruft, die seine fernere Verwendung hindern. Die Quecksilberausscheidung bei Anwendung von Mergal durch die Nieren ist keine unbedeutende, aber nicht sehr regelmäfsig, doch scheint sie allmählich zuzunehmen. Abhängig ist sie sicher von individuellen Verschiedenheiten der Resorption. Da auch beim Gebrauch des Mergal wie bei innerlicher Anwendung anderer Hg-Präparate das Verbleiben des Hg im Organismus nur ein geringes ist, so ist das Präparat für energische Kuren nicht zu empfehlen, kann aber wohl mit Vorteil für die milden Latenzkuren bei chronisch-intermittierender Behandlung der Syphilis verwendet werden.

XIV. **Heilerfolge bei Syphilis in Ägypten,** von Gustav Heim-Bonn. Auf einer Reise durch Ägypten erfuhr H. von sämtlichen befragten Ärzten, dafs in Ägypten bei sekundärer und auch bei tertiärer Syphilis staunenswerte Resultate erzielt wurden, dafs also die Lues dort besonders leicht heilbar sei; tertiäre Erscheinungen, die in Europa jahrelang jeder Behandlung getrotzt hatten, heilten dort oft leicht, ebenso Fälle von Nierensyphilis. Andererseits soll die Blennorrhoe sehr schlecht heilen. Das Wüstenklima und die Schwefelquellen scheinen also für die Heilung der Syphilis günstig zu sein, auch kommen tertiäre Erscheinungen bei den Arabern selten vor, ebenso Tabes und Paralyse, erstere sei den Arabern gänzlich unbekannt, Paralyse umfafst etwa 15% weniger als in Deutschland. Die Hauptkurorte Ägyptens sind Heluan bei Kairo mit sehr starken Schwefelquellen und in Oberägypten Luksor und Assuan.

XV. **Bemerkungen zu dem Aufsatze Blumenfelds: „Experimentelle Untersuchungen über Ausscheidung von Bakterien und einigen löslichen bakteriellen Substanzen durch den Schweifs“,** von Conrad Brunner-Münsterlingen i. Schweiz. Verfasser fragt an, wie sich Blumenfeld zu den Untersuchungen Fingers stellt, der sich auf den Standpunkt des Verfassers stellt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VI, Heft 1.

Über die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten auf Grund der Untersuchung von Gefangenen, von Karl Dohrn-Hannover. Während fünf Jahre kamen 16158 Männer zur Aufnahme in das Hannoversche Gefängnis, darunter wurden als geschlechtskrank 536, d. h. 3.3% ermittelt. An Tripper litten 43,5%, an Syphilis 20,5%, an Schanker 16,4%. Von den einzelnen Lebensjahren hatte das 26. die Höchstzahl der Kranken.

Im Anschlufs an diese Statistik erinnert der Verfasser daran, dafs der Syphilitiker eine gewisse, geringe Prädisposition zum antisozialen Handeln besitzt und dafs auch blennorrhoische Nacherkrankungen — Impotenz, Neurasthenie — psychische Störungen mit verbrecherischen Handlungen (Sittlichkeitsverbrechen!) auslösen können.

Über die Häufigkeit des Trippers in Deutschland, von A. Blaschko-Berlin. Die Arbeit erschien zugleich in der *Münch. med. Wochenschr.*, 1907, Nr. 5 und ist bereits referiert in *diesen Monatsheften,* Band 44, Nr. 10, Seite 530.

Ärztliche Aufsicht über unkontrollierte Prostituierte, von Felix Block-Hannover. Die Berliner Polizeibehörde versucht, unkontrollierte Prostituierte, welche, weil sie noch besserungsfähig sind, noch nicht eingeschrieben sind, unter ärztliche Aufsicht und Behandlung zu bringen, ohne ihnen durch Stellung unter Kontrolle die Rückkehr zu einem ordentlichen Lebenswandel zu beschweren. Sie hat zu diesem Zwecke nach Rücksprache mit dem Vorstande der D. G. B. G. sich mit Spezialärzten

in Verbindung gesetzt und diese veranlafst, die ihnen von der Polizei überwiesenen Mädchen unentgeltlich zu untersuchen, zu behandeln und dies zu bescheinigen, damit die Mädchen vor weiteren polizeilichen Mafsnahmen bewahrt bleiben. Der Verfasser wünscht nun, dafs auf diesen vorgedruckten Formularen die Angabe der Krankheit fortfällt, dafs die Bescheinigung doppelt ausgestellt wird — einmal zur Übersendung an die Polizeibehörde, dann als Legitimation den Sittenbeamten gegenüber, — ferner, dafs der Vermerk: Gesund und nicht mehr ansteckungsfähig, weggelassen wird, damit er nicht Kunden gegenüber als Empfehlung ausgenutzt wird.

Wichtiger als dies erscheint dem Referenten der Wunsch des Verfassers, dafs in Fällen der Bedürftigkeit (nicht nur die Behandlung, sondern auch die Medikamente unentgeltlich verabfolgt werden. und dafs für beide Einrichtungen die Behörden die Kosten tragen sollen.

Band VI, Heft 2—4.

Zur Frage nach der Ansteckungsübertragung der Syphilis, von Magnus Möller-Stockholm. An der Hand reicher Erfahrung und eines grofsen Krankenmaterials führt der Verfasser aus, dafs der Ansteckende sich sehr oft der Ansteckungsgefahr nicht bewufst ist. Eine Nachforschung nach der Ansteckungsquelle führt zu Konfrontationen, durch welche weitere Kenntnisse von den Umständen bei der Übertragung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten erworben werden, die für die Prophylaxe dieser Krankheiten von Bedeutung sein können. Die Ansteckungsübertragung bei Syphilis geschieht meist durch bis dahin unbemerkte Primäraffektionen und durch genitale Sekundärsymptome (vorwiegend Weiber); bei Sekundärrezidiven auch ohne Genitalsymptome und bisweilen auch während der sog. Latenzperioden. Sie wird sicher durch andere lokale Genitalaffektionen wie fortbestehende Infiltrate oder an der Sklerosestelle auftretende Herpes, spitze Condylome, Scabies, Molluscum contagiosum usw. mit dadurch bedingter Neigung zu Rissen gefördert. Jede syphilitische Person mufs während der ersten Jahre nach der Infektion als ansteckungsgefährlich angesehen werden, einerlei, ob den Augenblick sichtbare Symptome vorhanden sind oder nicht. Gründliche Totaluntersuchungen der Patienten sollen Hand in Hand gehen mit gründlicher lokaler und allgemeiner Behandlung zu präventivem Zwecke. Die persönliche Achtsamkeit — die individuelle Prophylaxe — setzt erweiterte Kenntnisse über die Ansteckungsmöglichkeiten in sämtlichen Volksschichten voraus.

Die Säuglingsheime für hereditär-syphilitische Kinder, von J. Heller-Charlottenburg. In Stockholm und in Kopenhagen gibt es ein Säuglingsheim für hereditär-syphilitische Kinder. Der Verfasser besuchte das von Professor Edvard Welander in Stockholm begründete Heim. Die Behandlung des Kindes beginnt bereits im Mutterleibe. Es verbringt die Zeit, in der es für seine Umgebung eine Gefahr bedeutet. meist drei bis vier Jahre im Kinderheim. Die Erfolge Welanders sind gut; schwere Syphilissymptome wurden bei keinem Kinde beobachtet.

Über den Einflufs der Geschlechtskrankheiten auf die Fortpflanzungsfähigkeit des Weibes, von J. Pfannenstiel-Giefsen. Eingehende Besprechung der Folgen der Blennorrhoe und Syphilis und ihre Bedeutung für die Fortpflanzungsfähigkeit des Weibes.

Sittenpolizei und Hygiene der Prostitution, von Georg Güth-Berlin. Das Berliner Polizeipräsidium hat Versuche begonnen, das Heilverfahren gegenüber geschlechtskranken Prostituierten in freiheitlichere Bahnen zu lenken, indem sie sich mit Spezialärzten in Verbindung setzte und ihnen die Mädchen zur Untersuchung bezw. Behandlung überweist.

Den dabei üblichen Geschäftsgang hat bereits Block in Heft 1 dieses Bandes der *Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* beschrieben und kritisiert.

Weiter plant das Berliner Polizeipräsidium die Drucklegung eines Merkblattes mit Angaben sozialer Art bezüglich Rückkehr zur ehrlichen Arbeit und mit einem hygienischen Teil über die Geschlechtskrankheiten.

Mehr staatliche Fürsorge für Gefallene und Gefährdete! Der beste Weg zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten! Von Henny Arendt-Stuttgart. Die Verfasserin ist seit vier Jahren am Stuttgarter Stadtpolizeiamt als Polizeiassistentin zur Fürsorge für die eingelieferten weiblichen Gefangenen angestellt. Sie gibt einen Überblick über ihre umfangreiche Tätigkeit und führt aus, wie die Fürsorge für die Gefangenen, für gefallene Mädchen, für Trinker und Trinkerinnen und die Jugendfürsorge zu fördern sind. Die staatliche Fürsorge leidet vor allem daran, dafs das bureaukratische Verfahren zu viel Zeit in Anspruch nimmt, so dafs es in dringenden Fällen mit seinen Anordnungen sehr oft zu spät kommt. Als Forderungen stellt sie die Schaffung staatlicher interkonfessioneller Erziehungsanstalten, mit besonderer Berücksichtigung der Schwachsinnigen, von Anstalten für Trinker und Trinkerinnen, Wöchnerinnenheimen und Säuglingsanstalten auf.

Die Reform der ärztlichen Aufsicht über Prostituierte, von Carl Stern-Düsseldorf. Der Verfasser hatte für die internationale Brüsseler Konferenz 1897 einen Gesetzentwurf betr. das Gewerbe der Prostitution ausgearbeitet, den er an dieser Stelle wieder vorlegt. Danach soll an die Stelle der Zwangsuntersuchung und der Kontrolle die freiwillige Untersuchung, die zwischenzeitliche Behandlung und die freiwillige Aufnahme in das Krankenhaus zur Wiedererlangung des Gewerbescheins treten. Die Prostitution wird der polizeilichen Willkür entzogen und das wahrhaft Strafbare der Möglichkeit einer strafrechtlichen Verfolgung unterstellt. Es findet danach also weder eine Einschreibung noch eine Listenführung statt; es wird nur Buch geführt darüber, an welche Personen ein Gesundheitsattest ausgegeben ist. Die Prostituierte ist also in ihrer persönlichen Freiheit nicht beeinträchtigt, sie unterscheidet sich von einer nicht gewerbsmäfsig sich Prostituierenden nur durch den immer zu führenden Nachweis der Qualifikation zu dem Gewerbe. Sobald der Nachweis der gewerbsmäfsigen, gegen Bezahlung erfolgenden Unzucht einer Person geliefert wird, ist sie genötigt, sich den Gesundheitsschein zu nehmen, dessen Fehlen sie strafbar macht.

Band VI, Heft 5.

Bedenkliche Mifsstände, von Fuld-Mainz. In einer Strafgerichtsverhandlung wurde an eine Zeugin die Frage gerichtet, ob sie früher der gewerbsmäfsigen Unzucht ergeben gewesen sei. Der Verfasser führt aus, dafs es keinerlei Gründe gibt, die sich aus dem Zweck des Strafverfahrens ergeben könnten, und welche diese Frage ebenso wie die Frage nach einer Übertretung rechtfertigten. Er bezeichnet daher diese Fragestellungen als einen bedauerlichen Mifsbrauch des Fragerechts.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter dem Eisenbahnpersonale, von Ferdinand Winkler-Wien. Die Statistiken der Eisenbahnkrankenkassen sind unvollständig, weil viele Erkrankte wegen Geschlechtskrankheit private Behandlung wählen. Jeder geschlechtskranke Eisenbahnbedienstete soll als dienstunfähig angesehen werden. Die Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten darf sich nicht blofs an die Gesunden wenden, sondern mufs sich auch an die Kranken richten.

Das reichliche Bedienungspersonal in den Übernachtungsräumen soll einer regelmäfsigen ärztlichen Kontrolle unterworfen werden. Signalhörner sollen nicht von mehreren Beamten benutzt werden, ebensowenig Trinkschalen und Betten. Soweit gebrauchte Uniformstücke weiter zur Benutzung abgegeben werden, sind diese sorgfältig zu sterilisieren.

Schourp-Danzig.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. XI, Nr. 10.

1. **Die Prostatektomie in bezug auf Carcinom und Steinbildung,** von Reginald Harrison-London. Mit einem Rückblick auf seine früheren Veröffentlichungen und seine eigene Beobachtungen rühmt der Verfasser die Erfolge der Prostatektomie.

2. **Geistesstörungen durch sexuelle Excesse,** von Curran Pope-Louisville.

3. **Hufeisenniere,** von Byron Robinson-Chicago.

4. **Syphilisprobleme in der Chirurgie,** von Clarence D. Selby-East Toledo. Syphilitische Patienten bieten bei Operationen ungünstigere Verhältnisse zur Wiederherstellung, da ihre Lebenskräfte geschwächt sind und neue Erscheinungen der Syphilis unerwartet auftreten können.

5. **Allgemeinbehandlung der Akne vulgaris,** von Allen A. Jones - Buffalo. Unter Diätvorschriften sind die gastrointestinalen Gärungen zu beobachten und entsprechende Mafsregeln zu treffen. Luftveränderung, Bäder und Massage und schliefslich Opsoninbehandlung sind in Betracht zu ziehen.

6. **Skleroderma,** von J. Franklin Noland - Logansport. Typischer Fall, der einen 38jährigen Mann betrifft und bei dem die Affektion nach einer starken Erkältung mit Gelenkschwellungen begann.

7. **Drei Fälle von Herpes zoster auf den Philippinen,** von Edwin C. Shattuck-Manila. Hinweis auf das Zusammentreffen des Herpes zoster mit kaltem Nebelwetter und der Disposition zu Rheumatismus.

8. **Die Behandlung einiger Hautkrankheiten,** von A. H. Ohmann-Dusmenil-St. Louis. Therapie der Akne, Hyperhidrosis, Herpes zoster und Scabies, ohne Neues zu bringen.

9. **Ungewöhnlicher Fall von Prostatahypertrophie,** von J. C. Preston-Buffalo. Bei einem 84jährigen Manne bestand völlige Urinretention und die Unmöglichkeit, zu katheterisieren. Nach Punktion der Harnblase wurde eine Blasenfistel angelegt und die Prostatektomie in Aussicht genommen. Doch konnte hiervon Abstand genommen werden, weil nach Heilung der Blasenfistel der kräftige Patient wieder per vias naturales spontan urinieren konnte.

10. **Röntgenstrahlen bei der Behandlung des Carcinoms und der Hautkrankheiten,** von Eugene Hubbel-St. Paul. Der Verfasser sah gute Erfolge bei Magencarcinom, Mamma- und Lippencarcinom, bei Epitheliomen, Lupus, Akne und Ekzem.

11. **Sehnentuberkulose,** von Charles C. Allison-Omaha. Die Sehnentuberkulose gehört in das Gebiet der chirurgischen Behandlung, interessiert aber auch den Dermatologen.

12. **Scharlach,** von C. G. Briant-Sprucepine.

13. **Nymphomanie als Ursache übermäfsigen Liebesgenusses,** von Carton C. Frederick-Buffalo.

14. **Masern,** von Thomas S. Blair-Harrisbury.

Nr. 11.

1. **Bemerkungen über einige in Siam angetroffene Hautkrankheiten,** von Paul G. Wooleg-Bangkok. Aufser Herpes cruris, Sklerodermie, Scabies, Pediculosis, Keloiden kamen Fälle von Framboesie und von Khi Huen zur Beobachtung. Letztere Krankheit besteht in einer stark juckenden Hyperkeratose der Fufssohlen.

2. **Halbmondförmige Hautexzision am äufseren Lidwinkel zur Beseitigung von „Krähenfüfsen“,** von Charles C. Miller-Chicago.

3. **Ein Fall von Melanoderma,** von K. L. Clock-Yampa. Die Geschwulst safs am grofsen Zeh. Nach ihrer Entfernung entwickelte sich im Laufe eines Jahres ein metastatischer Tumor in der Leistengegend.

4. **Was soll mit den Prostituierten geschehen?** von Denslow Lewis-Chicago. Nach einem Rundblick auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und in der Einsicht, dafs die Prostitution unausrottbar ist, empfiehlt der Verfasser den Prostituierten Vorsichtsmafsregeln, um sich vor Infektion seitens ihrer Besucher zu schützen.

5. **Nierentuberkulose,** von William Fuller-Chicago. Klinischer Vortrag.

6. **Die Circumzision und ihr Wert,** von Asbury H. Baker-Elmira. Männer mit circumzidiertem Praeputium sind weniger venerischen Infektionen ausgesetzt als solche mit langem Praeputium. Adhäsionen des Praeputium können epileptiforme Krämpfe hervorrufen. Bei Mädchen können Zustände sexueller Neurasthenie durch Circumcision der Clitoris gehoben werden.

7. **Perineale Inzision bei Harnröhrenstrikturen und Schliefsungsmethode,** von Henry S. Lott-Salem. Nach der perinealen Inzision wird die Blase katheterisiert, das Narbengewebe der Striktur entfernt, ein Drain in die Blase gelegt und täglich die Blase mit Borsäurelösung gespült. Das Drain wird mit einem Korken verschlossen, der vom Patienten nach Bedürfnis entfernt wird. Nach etwa zehn Tagen wird unter Kokainanästhesie die Wunde durch Naht geschlossen.

8. **Perineale Inzision bei Stenose der Urethra posterior,** von Charles E. Barnet-Fort Wayne. Neun Krankheitsgeschichten.

9. **Blennorrhoische Arthritis oder metastatische Komplikationen der Blennorrhoe,** von Samuel Edward Sweitzer-Minneapolis. Im wesentlichen eine Wiedergabe der von Finger-Wien aufgestellten Leitsätze und Einteilung der blennorrhoischen Metastasen.

10. **Einige Beobachtungen aus der urogenitalen Praxis,** von John A. Hawkins-Pittsburg. Ein Fall von blennorrhoischem Rheumatismus mit letalem Ausgang. — Empfehlung der Urethroskopie zur Feststellung von polypösen Wucherungen der Urethra. — Lokale Behandlung der akuten, subakuten und chronischen Blennorrhoe, ohne Neues zu bringen.

11. **Vorteile einer gründlichen Behandlung der akuten Blennorrhoe,** von George A. Holliday-Pittsburg. Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VII, Nr. 20.

Funkenbehandlung und Radiotherapie auf dem Chirurgenkongrefs, von Foveau de Courmelles. Beim Kongrefs französischer Chirurgen (8. Oktober 1907) wurde in der Diskussion auch die Behandlung mit dem elektrischen Funken, die elektrische Fulguration oder Sideration, erwähnt. Verfasser nimmt Veranlassung, darauf hinzuweisen, dafs er im Verein mit dem seitdem verstorbenen Kollegen du Castel schon im Jahre 1898 und auch im Jahre 1900 eine diesbezügliche Arbeit veröffentlichte. Er bespricht hier den Bericht von damals, die Krankengeschichten von zwei Patienten wiederholend. Der eine Fall betraf eine mit Syphilis infizierte Phthisikerin, welche aufserdem Lupus am Gesicht hatte. Sie wurde anfangs mit Röntgenstrahlen, dann mit dem hochfrequenten Strom mit Funkenbildung behandelt. Man konstatierte eine entschiedene Besserung, aber da dieselbe zu langsame Fortschritte machte, wurde bei den restierenden Herden die Galvanopunktur angewandt. Der andere Fall, ein 32jähriger griechischer Kaufmann, welcher seit 1½ Jahren mit der Diagnose Syphilis verschiedene Behandlungsarten durchgemacht hatte, erzielte

nach einigen 140 (!) Sitzungen mit Röntgenstrahlen (und einigen Kalomelinjektionen) schliefslich Heilung. Verfasser verfügt über weitere Beobachtungen; er spricht sich zugunsten der Funkenbehandlung aus. (Man kann kaum sagen, dafs diese Schilderung von schlagender Beweiskraft wäre. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bücherbesprechungen.

Therapie der Hautkrankheiten. Für Ärzte und Studierende, von Leo Ritter v. Zumbusch-Wien. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1908.) Der Verfasser will sich mit der Herausgabe seines Büchleins vor allem an den praktischen Arzt wenden. Das Hauptgewicht legt er auf die Darstellung der Wirksamkeit der verschiedenen Methoden und Medikamente nach ihrer physikalischen und chemischen Zusammensetzung. An diesen allgemeinen Abschnitt schliefst sich der spezielle Teil; in ihm wird in bemerkenswerter Kürze ein charakteristisches Bild der Hautkrankheiten gegeben, dem eine Angabe der wichtigsten Behandlungsarten folgt. Trotz der sonst vorwaltenden Beschränkung fehlen in der Aufzählung auch höchst seltene Hautkrankheiten, wie Blastomykose, Creeping disease, Psorospermosis, nicht. (Ob nicht manchem Leser die Hinzufügung der Therapie der Syphilis lieber gewesen wäre? Ref.)

Schourp-Danzig.

Tuberkulose, Aktinomykose und Syphilis des Magendarmkanals, von Conr. Brunner. Mit vier farbigen Tafeln und 32 Abbildungen im Text. (*Deutsche Chirurgie,* Lieferung 46c. Stuttgart, Verlag von Ferdin. Enke, 1907.) In der historischen Einleitung seiner Arbeit, wovon uns vor allem die Syphilis des Magendarmkanals interessiert, hebt Verfasser hervor, eine wie undankbare Aufgabe im gegenwärtigen Zeitpunkte die Behandlung dieses Themas sei; denn die kommende Wissenschaft wird manches von dem hier gesammelten Material deshalb anzweifeln, weil der Nachweis des Krankheitserregers in den Krankheitsprodukten noch nicht zu erbringen war. Unanfechtbare Diagnosen von Magendarmsyphilis stammten wohl erst aus der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts, wo auch histologisch die Merkmale dieser Erkrankung festgestellt wurden. Das erste Kapitel der Syphilis des Magens bringt die Ätiologie und Statistisches; während in der sekundären und tertiären Syphilisperiode sich der Krankheitsprozefs im obersten Abschnitte des Verdauungskanals häufig etabliert und strikturierende Mastdarmgeschwüre keine Seltenheit sind, begegnen wir in den übrigen Teilen des Verdauungskanals, vor allem im Magen, sicher syphilitischen Veränderungen seltener, d. h. den klinisch diagnostizierten Fällen stehen relativ wenige (56 gegen 116 nach Barbiers Statistik), durch Autopsie bewahrheitete gegenüber. Mit Chiari unterscheidet Brunner direkt syphilitische Affektionen des Magens (Gummata) und solche, welche nur indirekt der Syphilis ihre Entstehung verdanken. Gummata sind sowohl bei hereditärer wie akquirierter Syphilis in einer Reihe von Fällen genau studiert und beschrieben worden. Dieselben bilden beinahe ausschliefslich das zweite Kapitel, die pathologische Anatomie der Magensyphilis, und sind besonders wichtig durch den Übergang in Ulceration. Neben dem gummösen Geschwür kommt aber auch ein Ulcus vaskulären Ursprungs (infolge von Endarteriitis) vor. Ebenso wie die Genese dieser Ulcerationen sind auch die bei Magensyphilis konstatierten Vernarbungsvorgänge (luetische Pylorusstenose) noch keineswegs nach allen Richtungen aufgeklärt. Von einer Symptomatologie mit markant charakteristischen Zügen kann bei der Magensyphilis nicht die Rede sein;

ebensowenig wie die Geschwüre verraten die nicht ulcerösen Gummen des Magens durch unzweideutige klinische Merkmale ihre Gegenwart. Sie treten fast immer als flache Knoten oder Platten auf und sind infolgedessen von aufsen, d. i. durch die Bauchwand, sehr selten fühlbar; es gibt aber auch einzelne Fälle, wo eigentliche syphilitische Tumoren sich bilden und maligne Geschwülste vortäuschen können (Forme pseudocancereuse FOURNIERS). Bei Sitz in der Pylorusgegend können die Zeichen der durch den Tumor bewirkten Pylorusstenose mit Erbrechen, Dilatation usw. sich bemerkbar machen, ohne dafs die Genese aufgeklärt ist. Im allgemeinen darf man bei Vorhandensein solcher Symptome die Diagnose auf ein syphilitisches Magenleiden (chronische Gastritis, Ulcus syphiliticum) stellen, wo syphilitische Affektionen an anderen Regionen und an anderen Körperorganen mit Sicherheit klinisch nachweisbar sind; auch wird die Tatsache, dafs dies vorher hartnäckige Leiden der spezifischen Behandlung weicht, die Diagnose bestätigen. Bei der Therapie ist das Hauptgewicht auf die interne Quecksilberbehandlung zu legen, daneben aber auch Jod (-Kalium oder -Natrium) zu geben. Operative Intervention ist angezeigt bei Perforation eines syphilitischen Geschwürs, oder bei nicht diagnostizierbaren Fällen Probelaparatomie und Exzision eines Stückes aus dem Tumor; ergibt sich Syphilis, dann Gastroenterostomie und nachfolgende Schmierkur. Die Prognose ist bei syphilitischen Magenaffektionen, welche in der sekundären Periode der Syphilis auftreten, im allgemeinen eine gute, solche der Tertiärzeit gestalten sich durchweg langwieriger und weniger günstig.

Der zweite Abschnitt: Syphilis des Darmes, bringt im kurzen ersten Kapitel die Ätiologie und Statistisches; demnach werden syphilitische Veränderungen im Darm etwas häufiger als im Magen, aber doch relativ selten, gefunden; am häufigsten sind sie im Rektum, ein Gebiet, welches Verfasser hier nicht mitbearbeitet hat. Im übrigen ist der Sitz der Darmsyphilis am häufigsten der Dünndarm, seltener der Dickdarm (exklusive Rektum), zumal bei hereditärer Lues, wo im Jejunum allein oder am stärksten entwickelt die Veränderungen auftreten. Das gummöse Infiltrat ist auch hier, wie am Magen, die weitaus häufigste Erscheinungsform, tritt fast immer multipel auf und kann bei ringförmiger Anordnung Darmstenose bewirken. Auch bei der akquirierten Syphilis steht die gummöse Ulceration, meist in grofser Zahl über den Dünndarm zerstreut, im Vordergrunde der Beobachtungen; ein relativ häufiges Ereignis ist bei der grofsen Neigung zum Zerfall der luetischen Neubildung die Geschwürsperforation, chirurgisch von besonderem Interesse die Stenosenbildung des Darmes. Was die gleichzeitige Beteiligung anderer Organe betrifft, so finden wir eine solche fast stets verzeichnet; eine Begleiterscheinung der Darmlues ist oft die amyloide Degeneration, wie auch Amyloidentartung der Darmschleimhaut (nach NEUMANN) zu den häufigen und schweren Erkrankungen der vorgerückten Lues gehört. Auch bei der akquirierten Darmlues kann man ebensowenig wie bei der des Magens von einem charakteristischen Symptomenbild (drittes Kapitel) sprechen. Auf syphilitischen Enterokatarrh ist (nach NEUMANN) die Diagnose nur dann zu stellen, wenn wir Syphilis als alleinige oder mindestens Hauptursache annehmen können; wenn gleichzeitig oder kurz vor oder nach Manifestationen der Syphilis an der Haut oder an anderen Organen ohne besondere Veranlassung Erscheinungen des Darmkatarrhs sich einstellen; wiederholt sich der Katarrh bei einem syphilitischen Individuum ohne anderweitige Schädlichkeit oder auf eine Diät, welche das Individuum früher ohne Erscheinungen von Dyspepsie ertrug, so ist der Darmkatarrh mit Wahrscheinlichkeit als syphilitisch zu diagnostizieren; dasselbe gilt natürlich auch für die syphilitischen Strikturen. Bei der Therapie ist die gemischte Behandlung mit Quecksilber und Jodkalium zu empfehlen, da das eine der Mittel allein nicht so aus-

giebig wirkt. Zu operativen Eingriffen geben weitaus am häufigsten die Darmstrikturen Veranlassung, und bringt Verfasser eine genaue Kasuistik dieser aus der Literatur gesammelten Fälle; sie betrafen Darmresektionen (am Dünndarm acht Fälle, Resektion des Coriums zwei Fälle), Sigmoideo-Rektostomie und Ausschaltung (zwei Fälle), Anus praeternaturalis, Darmpunktion und Laparatomie, aber auch Eingriffe bei Ulcusperforation. Der Daueranus kommt in Betracht, wo schwere Ileussymptome zu rascher Entleerung zwingen und jeder andere Eingriff unmöglich ist. Die Prognose ist beim akuten syphilitischen Katarrh unter sonst gleichen Verhältnissen im allgemeinen nicht so günstig zu stellen wie die des nichtsyphilitischen; sehr ernst sind die Aussichten bei der tertiären, ulcerös-gummösen Darmlues: Gefahr der Perforation (ein Fünftel der Fälle) hochgradiger Strikturen trotz spezifischer Behandlung. Andererseits lehrt die Kasuistik der chirurgischen Fälle, dafs chirurgische Behandlung, zum Teil kombiniert mit der spezifischen Kur, schöne Heilresultate gibt. Schliefslich erwähnt Verfasser noch die Möglichkeit, dafs wir in nicht allzu ferner Zeit dem Quecksilber, das jahrhundertelang gute Dienste getan hat, den Abschied geben und die kausal-interne Therapie bald über andere Mittel verfügen wird.

Stern-München.

Die Hautkrankheiten im Kindesalter, von H. G. Adamson-London. (*Oxforder medizinische Publikationen.* London, Henry Frowde, Hodder & Stoughton 1907.) In der Einleitung zu diesem praktischen Handbüchlein führt Verfasser an, dafs viele Hautaffektionen bei Kindern häufiger vorkommen wie bei Erwachsenen, andere den Kinderjahren speziell eigentümlich sind, wie z. B. Impetigo in ihren verschiedenen Formen, Ringworm des behaarten Kopfes, Lichen urticatus, und wieder andere, wenn bei Kindern auftretend, in der Verteilung und Gruppierung so verändert sind, dafs sie ein ganz verschiedenes Aussehen zeigen: Ekzema und Scabies sind im Kindesalter bedeutend modifiziert, Masern und Scharlach sind in der Kindheit vorherrschend, ebenso wie die verschiedenen toxischen Erytheme, welche mit ihnen verwechselt werden können. Die Einteilung des ganzen Gebietes geschieht in folgende Gruppen: I. Kongenitale Affektionen; II. Affektionen, welche hauptsächlich auf direkte physikalische Ursachen zurückzuführen sind (Intertrigo, Frostbeulen, Sommereruptionen, Miliaria, Sudamina); III. Affektionen, welche auf lokale, parasitäre Wirkung zurückzuführen sind (tierische, pflanzliche und bakterielle Mikroorganismen); IV. Affektionen infolge von Toxämie und allgemein bakteriellen Infektionen; V. Hautleiden nervösen und VI. unbekannten Ursprungs. Bei der ersten Gruppe (kongenitale Affektionen) findet auch die kongenitale Syphilis Besprechung und Verfasser hebt hierbei hervor, dafs im allgemeinen bezüglich derselben die Ansichten zu pessimistisch sind; meist sind derartige Kinder in ihrem Allgemeinbefinden wenig affiziert, sind die einzigen Erscheinungen der Syphilis die charakteristische Hauteruption und die Nasenaffektion, welch beide aber unter kurzer Quecksilberbehandlung nachlassen oder ganz verschwinden. Selten kommen Rezidive vor und nach Jahren werden oft die Kinder als ganz gesund befunden. Was die Behandlung des Ringworm betrifft, so erklärt A. aus vielen Gründen jene mit Röntgenstrahlen für die am raschesten wirkende, für schmerzlos und die befriedigendsten Resultate ergebende. Bei Lupus vulgaris stimmt A. der wohl nun allgemein herrschenden Ansicht bei, dafs das Finsenlicht an erster Stelle von den neueren Behandlungsmethoden steht, während seine Erfahrungen den Röntgenstrahlen bei dieser Erkrankung nicht günstig sind. Die Behandlung mit Schilddrüse hingegen bewirkt bei vorgeschrittenen Fällen ausgesprochene Besserung; ulcerierte Herde zeigen oft rasche Heilung und das lupöse Gewebe scheint sogar in Resorption überzugehen, wenn auch, wie A. schliefslich zugibt, unter noch so sorgfältig gehandhabter Schilddrüsendarreichung völliges Verschwinden der Krankheit

nicht vorkommt. Beim **Ekzema**, zur Gruppe der Affektionen unbekannten Ursprungs zugerechnet, erwähnt Verfasser der vermeintlichen Gefahr, bei Kindern ein ausgedehntes Ekzema zu rasch zur Heilung zu bringen und erklärt, er scheue sich nicht, jeden Fall möglichst bald der Heilung zuzuführen; nur müfsten bei umfangreicher septischer Eruption Lösungen und feuchte Verbände eher als Salben angewandt werden. Zu den Erkrankungen unbekannten Ursprungs gehört auch der **Lichen urticatus**, welchen A. eine der gewöhnlichsten Affektionen der Kindheit nennt, so dafs kaum ein Kind derselben entgeht; es sei zweifellos eine der Affektionen, welche den alten Autoren unter dem Namen Strophulus bekannt waren. Ätiologisch kommen aufser dem Alter (die spezielle Vorherrschaft in den Kinderjahren) die Jahreszeit (Sommermonate) in Betracht; dafs Verdauungsstörungen, wie viele Kinderärzte annehmen, eine Rolle spielen, kann A. nicht bestätigen. Referent mufs sich auf diese wenigen Bemerkungen über das, was ihm besonders bemerkenswert schien, beschränken. Anhangsweise ist dem Buche ein Verzeichnis der hauptsächlich in demselben angeführten äufseren Mittel beigegeben: für uns deutsche Leser wäre es sehr erwünscht, wenn auch die englischen Autoren statt ihrer alten Mafsbestimmungen allgemein die Gramm-Einheit einführen würden. *Stern-München.*

Die hygienisch-diätetische Behandlung der Syphiliskranken, von Julius Müller-Wiesbaden. (August Hirschwald, Berlin 1907.) In einem gröfseren Leitfaden der hygienisch-diätetisch-physikalischen Behandlung der Syphiliskranken weist Müller auf die grofse Bedeutung derselben hin. Er zeigt, was diese Seite der Therapie leisten kann und wo die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit sind und beweist, dafs eine einseitige, rein medikamentöse Behandlung auf mächtige physikalische Kräfte mit Unrecht verzichtet. Auch die seelische Hygiene erscheint von Wichtigkeit. Vor allem hat das Buch den Wert, dafs es auch weniger damit vertrauten ärztlichen Kreisen Material an die Hand gibt, um dem unheilvollen Bestreben der sogenannten Antimerkurialisten durch geschichtliche Reminiszenzen und klinische Tatsachen mit Erfolg entgegentreten zu können. Verfasser hat in 15jähriger Praxis seine Erfahrungen gesammelt, die er hier zum Ausdruck bringt, und er gibt eine gute Anregung, dafs auch andere in ähnlicher Weise sich mit diesem Teile der Hygiene und Therapie beschäftigen. Im einzelnen behandeln die Kapitel nach einer Einleitung über die Notwendigkeit der Hygiene für die Syphiliskranken die Themata: Seelische Hygiene, Syphilis und Diät, Alkohol und Syphilis, Tabak und Syphilis, Syphilis und Beruf, Hydrotherapie, Balneotherapie, Klima, örtliche Syphilis und örtliche Hygiene, spezielle Hygiene während der Quecksilberbehandlung, hygienische Prophylaxe und zum Schlusse Syphilis und Ehe.

Das Werk ist flott geschrieben und gut leserlich, es enthält manches Neue und Interessante. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Syphilis als Ursache der Entvölkerung und Rassenverschlechterung, von Edward L. Keyes-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 6.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Über die syphilitische Sterilität, von EGAS MONIZ BARRETO DE ARAGÃO. (Dissertation Bahia. 1907.) Der Verfasser konstatiert, daſs er in der ganzen Literatur inklusive Lehrbücher, über diese Frage nicht den geringsten Anhaltspunkt gefunden hat. Warum wohl? Einfach weil in keiner einzigen Periode der Lues die Syphilis zur direkten Ursache der Sterilität wird; auch der spezifische Erreger, die Spirochaeta pallida, ist niemals der Träger der Sterilität. Er benutzt die Gelegenheit, sein Lieblingsthema zu berühren, daſs nämlich Quecksilber und Jod keine spezifischen Heilmittel der Syphilis seien, überhaupt nicht die Heilung der Syphilis herbeizuführen vermögen, da sie vor Rezidiven nicht schützen. Hingegen besitzt er in dem an einer anderen Stelle beschriebenen, aus Pflanzensäften bereiteten Elixier ein unfehlbares und rasches Arcanum gegen diese verhängnisvolle Affektion (??!) *C. Müller-Genf.*

Die Lebensprognose des Syphilitikers, von C. BRUHNS-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 36.) Die Beurteilung des Verlaufes einer Syphilis ist unklar, eine sichere Prognose ist nie zu stellen; auch die neueren Forschungen geben hierüber keinen Aufschluſs. Auf zweierlei Weise ist versucht worden, über die Prognose der Syphilis in bezug auf die Lebensdauer Aufschluſs zu erhalten, einmal durch Umfragen bei früher an Syphilis behandelten Patienten resp. deren Angehörigen, und ferner durch Prüfung von Lebensversicherungspapieren solcher Personen, die mit Syphilis infiziert wurden: die Ergebnisse der deutschen Autoren NÄTHER, KLEINSCHMIDT, BLASCHKO waren, daſs nach ihren sorgfältigen und kritischen Berechnungen wenigstens jeder vierte bis fünfte Syphilitiker an den Folgen seiner Infektion gestorben ist. Die Frage, warum eine Anzahl von Syphilisfällen deletär verläuft, andere rasch ausheilen, und ob wir einen Einfluſs auf den späteren Verlauf durch eine lange fortgesetzte Behandlung gewinnen können oder nicht, läſst sich auch heute noch nicht befriedigend beantworten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Folgen der Lues. Statistische Erhebungen über die in der medizinischen Klinik zu Göttingen während der Jahre 1873—1882 (inklusive) an Syphilis behandelten Personen, von LUDOLF SÜSSENGUTH. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1906.) Die interessante Arbeit läſst sich nicht in Kürze referieren. *Fritz Loeb-München.*

Statistik der im Jahre 1906 behandelten Fälle von Syphilis, von DUHOT. (*Ann. de la Policl. centr.* 1907. Nr. 4.) Verfasser behandelte im Jahre 1906 232 Syphilitiker. Unter dieser Zahl waren 47 mit tertiären Erscheinungen behaftet, und darunter 19 mit Syphilis des Nervensystems, acht mit Tabes und zwei mit Gehirnlues. In Anbetracht der Häufigkeit der tertiär-syphilitischen Affektionen des Nervensystems, wünscht Verfasser eine viel energischere Quecksilberbehandlung der Anfangsstadien der Lues, insbesondere die sofortige Einleitung der Quecksilbertherapie nach Konstatierung des harten Schankers. Das Abwarten mit der allgemeinen Behandlung bis sekundäre Erscheinungen auftreten, bezeichnet Verfasser mit JULLIEN als „une monstruosité scientifique“.

Als einzig rationell betrachtet Verfasser die von ihm so energisch vertretene „sofortige intensive und abortive Quecksilberbehandlung“ der Syphilis.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Neue Untersuchungen über Syphilis und deren praktische Anwendung, von BOLESLAW LAPOWSKI. (*Gazeta lekarska.* 1907. Nr. 32—33.) Vortrag in der Sitzung der „New York academy of Medicine“, enthält nichts Neues.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die Beeinflussung syphilitischer Erscheinungen durch Nukleinhyperleukocytose, von CARL STERN-Düsseldorf. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 32.) Verfasser hat in Übereinstimmung mit anderen Autoren im Blute von Syphilitikern nach Einverleibung von Quecksilber Leukocytenvermehrung gefunden. Da es nun andererseits

durch Mitteilungen von Mikulicz und Hannes bekannt ist, dafs es durch künstliche Hyperleukocytose eine Resistenzerhöhung des Körpers gegen Infektionen zu erzielen gelingt, befafste sich Verfasser mit dem Studium der Frage, ob nicht auch bei bestehender Infektion mit Syphilis eine Erhöhung der Leukocytenzahl im Sinne einer Heilung der Infektion von Erfolg sein könne. Zu dem Zweck hat Verfasser 25 Syphilitiker der verschiedensten Formen unter Fortlassen der Quecksilberbehandlung mit Injektionen von Nukleinsäure behandelt. Die Durchschnittsgabe war 0,5 Nuklein (von einer 10%igen Lösung) alle vier Tage. Der Erfolg der Injektionen bezüglich der Vermehrung der Leukocyten war in allen Fällen ein durchaus prompter. Was die spezifischen Erscheinungen anbelangt, so zweifelt Verfasser nach seinen Erfahrungen nicht, dafs es gelingt, ohne jegliche Quecksilberanwendung, lediglich unter Mafsnahmen, die erfahrungsgemäfs Hyperleukocytose erzielen, luetische Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Verfasser will damit keineswegs die Quecksilbertherapie für entbehrlich erklären, glaubt aber, dafs seine Befunde in einem gewissen Sinne die Wirkungsweise des Quecksilbers erklären könnten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Bluntuntersuchungen bei Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Justusschen Hämoglobinprobe, von Otto Wolter-Pecksen. (Inaug.-Dissert. Göttingen. 1906.) Auf Grund fleifsiger Untersuchungen konstatiert Verfasser, dafs die Syphilis auf das Blut keinen besonders schädigenden Einflufs ausübt, und dafs daher das luetische Blut anderen Schädlichkeiten gegenüber, wie z. B. dem Quecksilber, auch kein typisches, nur der Lues eigenes Verhalten zeigt, sondern darauf ebenso reagiert, wie das Blut Gesunder oder anderweitig Erkrankter. Auch die Leberzellen fand Verfasser nicht in einer klinisch erkennbaren Weise durch das Syphilisvirus beeinträchtigt. *Fritz Loeb-München.*

Syphilitische Familiengeschichten aus Zentralamerika, von E. Rothschuh-Aachen. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) In seiner Praxis in Nikaragua machte Verfasser die Beobachtung, dafs die Individuen, welche Indianerblut haben, desto mehr, aber auch desto leichtere Formen von Syphilis haben, je mehr weifse Beimischung, desto weniger Syphilis, aber desto schwerer. Nach seiner Ansicht stammt die Lues aus Zentralamerika, wo sie auch jetzt noch bei den Eingeborenen sehr häufig ist. Verfasser prüfte an einem Tage einmal sämtliche zu ihm kommenden Patienten daraufhin, ob sie selbst syphilitisch seien oder aus syphilitischen Familien stammten. Es ergab sich dabei, dafs unter den 14 Fällen, die an einem beliebig ausgewählten Tage den Gegenstand der allgemeinen Praxis bildeten, nur ein einziger wegen Lues in Behandlung war, während in sämtlichen zum mindesten in der nächsten Verwandtschaft die Erscheinungen der syphilitischen Dyskrasie auftraten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Kasuistische Notizen, von T. Trzcinski. (*Medycyna.* 1907. Nr. 17.)

1. **Zur Kasuistik der extragenitalen syphilitischen Infektion.** Beschreibung dreier Fälle von extragenitaler Sklerose. Der erste Fall betrifft eine 20jährige Bäuerin, die in Mitte der rechten Backe ein typisches Ulcus durum aufwies, das von einem fleckig-papulösen Exanthem begleitet wurde. Die Infektionsquelle liefs sich leicht nachweisen: der Mann der Patientin hatte rezente syphilitische Veränderungen im Munde. — Der zweite Fall betrifft eine Amme, die durch ein syphilitisches Kind infiziert wurde: um beide Mamillen hat sich je eine Sklerose gebildet. — Im dritten Falle entstand an der Unterlippe einer Gutsbesitzerstochter, die einmal aus demselben Glase mit ihrem Bräutigam Tee getrunken hat, „um seine Gedanken zu erraten“, — eine Sklerose mit nachfolgendem Exanthem. Der Bräutigam wufste zwar nur von einer Erosion am Penis zu berichten, die vor einigen Monaten angeblich für unbe-

deutend erklärt wurde, doch konnten in seinem Munde zahlreiche Plaques gefunden werden.

2. **Ein Fall von Gehirnsyphilis.** Ein 30jähriger Mann, der jedwede syphilitische Affektion leugnet, litt seit sechs Jahren an immer gröfser und zahlreicher werdenden harten Halsdrüsentumoren, die er unbehandelt liefs, und durch welche die rechte Halsseite hochgradig deformiert wurde. Vor drei Jahren stellten sich Kopfschmerzen ein, die seit einem Jahre noch heftiger geworden sind; seit längerer Zeit Gedächtnisschwäche, unruhiger Schlaf. Vor drei Tagen apoplektischer Insult mit nachfolgender linksseitiger Parese.

Die Diagnose wurde auf Lues cerebri gestellt und eine energische Jodquecksilberkur wurde eingeleitet. Sofort trat Besserung ein; nach 60 Einreibungen gingen Parese und Kopfschmerzen vollkommen zurück und die Halslymphdrüsen verkleinerten sich bis auf 1/3 ihrer anfänglichen Gröfse. Nach weiteren 20 Einreibungen und Balneotherapie Allgemeinbefinden sehr gut, die Halsdrüsen, bis auf zwei von etwa Haselnufsgröfse, normal. Verfasser betont diesen aufserordentlich günstigen Erfolg in Anbetracht dessen, dafs die Gehirnlues bereits drei Jahre vor Beginn der Behandlung begonnen zu haben scheint. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zwei Fälle sogenannter maligner Syphilis, von Zieler-Breslau. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1907. Nr. 31.) Die beiden Fälle traten mit Ulcerationen bis zu Talergröfse, sog. framboesiformen Syphiliden, in die Behandlung. In dem einen Falle erfolgte völlige Abheilung nach 5 1/2 Injektionen Hg salicylicum (zu 0,1 g Hg salicyl.) und drei Injektionen Kalomel (zu 0,1 g HgCl). In dem anderen Falle wurden ohne jeden Nutzen 13 Atoxylinjektionen in steigernden Dosen bis insgesamt 5,3 g Atoxyl gemacht, so dafs danach eine energische Hg - Behandlung eingeleitet werden mufste. *Schourp-Danzig.*

Über den gegenwärtigen Stand des Experimentalstudiums der Syphilis, von Joseph Nicolas - Lyon. (Association française pour l'Avancement des sciences 1906.) Bericht über die bekannten Arbeiten von Metschnikoff und Roux einerseits und Schaudinn - Hoffmann andererseits und den gegenwärtigen Stand der Syphilisfrage. Der Vortrag wurde im August 1906 auf dem Kongrefs in Lyon gehalten und bietet für uns zurzeit nichts Neues mehr. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bemerkungen zu den Kaninchenaugenimpfungen, von Walter Schulze-Berlin-Friedenau. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 19.) Verfasser betont noch einmal, dafs sich die Lues auf das Kaninchen übertragen läfst, und zwar hätte sich das Auge als besonders dazu geeignete Impfstelle bewährt, vor allem aber die Iris. Ferner versucht Verfasser zu beweisen, dafs es nicht die Silberspirochäte sei, deren Darstellung den Schlufs auf Syphilis ermöglicht, sondern die Rückimpfung auf Affen mit inneren Organstücken von den betreffenden Kaninchen, welche Siegel und ihm zuerst gelungen sei. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Durch Syphilisimpfung erzeugte Keratitis parenchymatosa beim Kaninchen, von G. Scherber - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 24.) An der Klinik Fingers wurden nach dem Vorbilde von Siegel und Schulze Kaninchen durch Einbringung syphilitischer Produkte in die vordere Augenkammer infiziert. Die acht Impftiere zeigten ein fast übereinstimmendes Krankheitsbild, das Auge blieb 8—14 Tage frei, dann traten meist nahe dem Papillarrand der Iris kleinste Knötchen von weifs-graugelber Farbe auf, welche sich langsam vergröfserten und nach vier bis sechs Wochen schwanden. Die Cornea blieb bis zur sechsten Woche glatt und glänzend, dann aber entwickelte sich bei allen Versuchstieren eine Keratitis, die in den neutralen Partien der Cornea mit rauchiger Trübung und Raubigkeit der bis dahin anscheinend gesunden Cornea begann. Die Trübung nahm zu, vom Limbus aus ent-

wickeln sich in allen Schichten der Cornea Gefäfse, so dafs das Bild schliefslich der Keratitis parenchymatosa gleicht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über positive Syphilisimpfung am Kaninchenauge, von C. Grouven-Bonn. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 26.) Ein Kaninchen wurde vom Verfasser an beiden Augen mit Stückchen einer wenig erodierten Sklerose des Sulcus coronarius geimpft. Nach vorausgegangener Iritis diffusa kam es an einem Auge zur Bildung einer Irispapel, aus der sich eine relativ schnell wachsende Geschwulst kondylomatösen Charakters entwickelte. Dieselbe drang bis zur vorher schon parenchymatös getrübten Cornea vor, durchwucherte diese und nahm zuletzt ganz das Aussehen eines perforierten und exulcerierten Gummas an. In den nicht ulcerierten Partien der Geschwulst wurden zahlreiche Spirochaete pallidae nachgewiesen, und zwar über fünf Monate nach der Infektion. Von Verallgemeinerung der Erkrankung konnte klinisch nichts konstatiert werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Beitrag zur experimentellen Kaninchenhornhautsyphilis, von P. Mühlens-Wilhelmshaven. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Als Beispiel der Fortpflanzungsfähigkeit der Spirochaeta pallida unter Beibehaltung der Virulenz teilt M. kurz folgende Beobachtungen mit. Bei zwei Albinokaninchen erzeugte er mit syphilitischem, Spirochäten enthaltenden Drüsensekret eine parenchymatöse Keratitis. Mit Geschabe der Hornhaut infizierte er einen Affen (Macacus). Es entstand ein typischer Schanker, von welchem aus er dann wieder an einem Kaninchen eine syphilitische Keratitis mit positivem Spirochätenbefunde erzeugte. — Ferner erzeugte er typische Keratitis durch Infizierung der Kaninchenhornhaut mit frischem Organsaft aus Lunge, Nebenniere und Leber, welchen er einem eben ($1^1/_2$ Stunden vor der Sektion) verstorbenen kongenital luetischen Kinde entnommen hatte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Übertragung der Syphilis auf den Hoden des Kaninchens, von Umberto Parodi-Turin. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 44, Heft 5.) Die durch zahlreiche andere Forscher bestätigten Versuche von Bertarelli bewiesen die Möglichkeit der Übertragung der Syphilis auf die Kaninchenhornhaut. Parodi infizierte nun mit vom Menschen entnommenem Material (Papeln) den Hoden des Kaninchens (Tunica vaginalis): der histologische Typus der erzeugten Läsion und die Anwesenheit von Spirochäten an verschiedenen Stellen derselben erscheinen ihm genug des Beweises, dafs er experimentell im Hoden des Kaninchens die Entstehung eines echten Syphiloms bewirkt habe. P. hat das Resultat seiner Versuche der Königl. Akademie für Medizin in Turin mitgeteilt und dabei auch die bezüglichen Präparate vorgelegt.

Stern-München.

Gelungene Übertragung der Syphilis auf Hunde, von E. Hoffmann-Berlin und W. Brüning-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 14.) Verfasser haben nach Bertarellis Vorgang zunächst erfolgreiche Impfungen am Kaninchen mit syphilitischem Virus ausgeführt; von einem so infizierten Tiere übertrugen sie die zerschnittene Cornea auf die oberen Augenlider eines Affen (Cercocebus fuliginosus) und konnten nach etwa acht Wochen an der mit starker Infiltration reagierenden Stelle im Ausstrichpräparate typische Spirochäten nachweisen. Alsdann gingen sie zu Versuchen an zwei Hunden über und brachten steril entnommene Stückchen von menschlichen Primärsyphiliden in die vordere Kammer nach Ritzung der Descemetschen Membran resp. ohne Verletzung der letzteren oder der Iris. In beiden Fällen trat eine charakteristische Reaktion ein, und beim zweiten Hunde konnten nach Enukleation des Auges von der Cornea Ausstrichpräparate angefertigt werden, welche typische Spirochäten enthielten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Wassermannsche Syphilisreaktion, von Leonor Michaelis-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 35.) Der Inhalt der Wassermannschen Versuchsanordnung

und ihre Deutung ist folgende: Das zu prüfende Serum oder die Cerebrospinalflüssigkeit wird, nachdem es durch geeignetes Erwärmen seines eigenen Komplementgehaltes beraubt worden ist, mit dem Extrakt der Leber eines syphilitischen Neugeborenen in passendem Mengenverhältnis vermischt. Dieser Leberextrakt stellt das Syphilisantigen dar, einen Extrakt, bei dem also ausschliefslich die in Lösung gehenden Substanzen des Syphiliserregers, nicht aber die der Leberzellen das wirksame Prinzip darstellen. Diese Mischung wird mit einer passenden Komplementmenge in Form von frischem Meerschweinchenserum versetzt und nach passender Reaktionszeit durch sensibilisierte Blutkörperchen vom Hammel das Verschwinden des vorher zugesetzten Komplementes geprüft. Verfasser hat nun eingehende Versuche gemacht, um die Wassermannsche Reaktion zu prüfen. Die Wassermannsche Reaktion fiel in der Tat in der Regel bei Syphilitikern positiv, bei Nicht-Syphilitikern negativ aus. Die Beobachtung von Citron, dafs die Reaktion unter der Einwirkung des Quecksilbers schwindet, findet in des Verfassers Material eine Stütze. Die Reaktion geht in der Regel viel deutlicher bei Anwendung von syphilitischer Leber als bei Anwendung von Normalleber von statten; jedoch ist der Unterschied nur graduell. Diese Tatsache erweckt berechtigte Zweifel, ob die Reaktion wirklich das Vorhandensein eines Antikörpers gegen den Syphiliserreger oder seine Gifte anzeigt; sie zeigt vielleicht einen anderen Stoff an, der direkt mit dem Syphiliserreger nichts zu tun hat, in syphilitischen Organen aber reichlicher vorhanden oder aus ihnen besser extrahierbar ist als aus normalen. In diesem Sinne ist auch die Tatsache zu verwerten, dafs das untersuchte Kaninchenserum die Reaktion positiv ergab. Man mufs jedenfalls die Reaktion vorläufig als eine rein empirische hinnehmen, die in ihrem Wesen noch nicht aufgeklärt ist und die sehr nützlich werden dürfte, wenn weitere Erfahrungen alle Fehlerquellen ausschalten lehren. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Gelungene Filtration von Syphilisvirus, von Jancke-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 17.) Unter drei Versuchen, die Verfasser im Laboratorium von Siegel ausführte, benutzte er zweimal eine Emulsion von Primäraffekten, einmal ein Gemisch von inneren Organen eines anscheinend nicht mazerierten totgeborenen syphilitischen Kindes im Alter von etwa sechs Monaten. Die beiden ersteren Versuche verliefen ebenso ergebnislos, wie die anderer Forscher, aber der letztere Versuch gelang.

Von Bedeutung für das Gelingen der Filtration von Syphilisvirus scheint dem Verfasser die Verwendung inneren Organe und hohen Druckes zu sein. Vielleicht spielt dabei auch die Zeitdauer des Absterbens der Frucht vor der Geburt und die davon abhängige Autolyse in utero mit. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Serumtherapie und Serumdiagnose bei Syphilis, von S. Politzer-New York. (*New York med. Journ.* 25. Mai 1907.) Die Arbeit bringt in sehr instruktiver Weise einen Überblick über die Versuche und experimentellen Tatsachen, welche in den letzten Jahren zutage gefördert wurden. Als das erste wichtige Werk in bezug auf die ätiologische Therapie der Syphilis nennt P. jenes von Kraus und Spitzer, welche ihre Methode auf die Theorie der Produktion von Antikörpern durch die Injektion grofser Mengen spezifischer Toxine gründeten. Sie führten subcutane Injektionen zunehmender Mengen von Suspension fein verteilter Schankersubstanz sobald als möglich nach der Syphilisinfektion aus: sieben von 20 so behandelten Patienten zeigten keine weiteren Erscheinungen von Syphilis mehr. Metschnikoff und Roux versuchten von den niederen Affen, welche nach Genesung von ihrem Primäraffekte mit Blut von Patienten, die im floriden Stadium der sekundären Syphilis sich befanden, geimpft wurden, ein immunisierendes und ein Heilserum zu erhalten. Die erste Arbeit ferner, welche Syphilis in gleicher Weise wie andere Infektionskrankheiten mit der bekannten Immunitätstheorie (Seitenkettentheorie) Ehrlichs in Beziehung setzt, stammt

aus dem Berliner Institut für Infektionskrankheiten von WASSERMANN, NEISSER und BRUCK. Die darauf fufsende Methode der „Komplementfixation" hatte sich bei Milzbrand, Pest, Typhus, Tetanus usw. als bewährt erwiesen, und es war anzunehmen, dafs wir es hier mit biologischen Grundsätzen ausgedehnter Anwendung zu tun haben. Die drei Forscher aus dem Berliner Institut für Infektionskrankheiten stellten fest: 1. dafs das Syphilisimmunisierungsserum Gegenkörper und 2. das syphilitische Extrakt Antigene enthält. Durch Kontrollversuche wurde gezeigt, dafs das Immunserum von Affen die Reaktion nur mit syphilitischem Material von Menschen oder Affen und das Affenserum, mit Extrakt aus Organen Nicht-Syphilitischer behandelt, keine Reaktion mit Syphilismaterial gibt. Es zeigte sich so eine spezifische Reaktion durch die Serumdiagnose, welche uns ermöglicht, im Reagenzglase die Anwesenheit spezifischer Antikörper gegen den syphilitischen Keim im menschlichen Blutserum oder in präpariertem Immunserum und in zweiter Linie die Anwesenheit syphilitischer Substanzen in einem vorliegenden Organe nachzuweisen. Die praktische Anwendung dieser Serumdiagnose folgte nun mit der Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit bei allgemeiner Paralyse und Tabes. Der Umstand, dafs sie in 88 % dieser (41) Fälle positiv, in allen nichtsyphilitischen (19) Fällen aber negativ ausfiel, dürfte wohl endgültig diese viel umstrittene Frage im Sinne der syphilitischen Natur der beiden Affektionen entschieden haben. Ein wichtiges Gebiet in der Gehirnpathologie eröffnet sich bei Fällen von Tumoren, deren syphilitische oder nichtsyphilitische Natur oft so zweifelhaft ist. *Stern-München.*

Zur klinischen Verwertung der Serumdiagnostik bei Lues, von M. WASSERMANN und G. MEIER-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 32.) Das von Verfassern befolgte Verfahren ist eine von A. WASSERMANN angegebene Modifikation von BOURDET und GENOUschen Komplementbindungsmethode. Hierbei ist die theoretische Grundlage folgende: Die Vereinigung von Antigen und Antikörper besitzt eine grofse Affinität zum Komplement, so dafs es dieses fest an sich zu binden vermag. Ein Luesantigen erhält man durch Extrahieren von luetischen Organen, vorzugsweise aus der Leber hereditär-syphilitischer Föten. Einen Antikörper hat man in dem Serum oder der Lumbalflüssigkeit von Syphilitikern. Mischt man nun in vitro Luesantigen mit Luesantikörper, so wird Komplement an diese beiden gebunden, aber nur dann, wenn das Antigen seinen passenden Antikörper gefunden hat, d. h., wenn in dem zugefügten Serum Luesantikörper enthalten sind. Bei Zusatz von normalem Serum würde eine Komplementbindung nicht eintreten. Als Beweis für die Komplementbindung dient die Hämolyse. Als Indikator wird das hämolytische System, hämolytisches Serum + zugehöriges Blut, verwendet. Da die Auflösung des Blutes nur bei Mitwirkung von Komplement eintritt, so kann man aus dem Ausbleiben dieser Auflösung schliefsen, dafs das Komplement in der Mischung gebunden worden war. Die „Hemmung" der Hämolyse beweist eben das Vorhandensein von Antikörpern, durch welche das Komplement gebunden und somit unwirksam wird. In vorliegender Arbeit wird zunächst die Bereitung des Antigens, der Antikörper des Komplements (Meerschweinchenblutserum) und des hämolytischen Serums geschildert. Als hämolytisches Serum wurde Kaninchenserum verwendet, das durch mehrmaliges Einbringen von gewaschenen Hammelerythrocyten in die Venen einen hohen Titer erhalten hatte. Die an 39 Fällen ausgeführten recht subtilen Untersuchungen ergaben teils positive (27), teils negative (12) Resultate. Verfasser betrachten das Ergebnis keineswegs als abschliefsend, wollen vielmehr zu weiteren Nachprüfungen hiermit angeregt haben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Serumdiagnose der Syphilis, von PAUL FLEISCHMANN und WILLIAM J. BUTTLER-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 11.) Nachprüfung der von NEISSER,

Wassermann und Bruck angegebenen Syphilisreaktionen an einer Reihe von Fällen aus Dr. Max Josephs Poliklinik in Berlin. Der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion ist für Syphilis beweisend; die Reaktion ist am stärksten bei gar nicht oder unzulänglich behandelten Syphilisfällen. *Schourp-Danzig.*

Über den gegenwärtigen Stand des serologischen Luesnachweises bei den syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von F. Plaut-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) P. berichtet über die Fortsetzung seiner Versuche zum Nachweis von luetischen Antikörpern in der Spinalflüssigkeit und dem Serum von Spätluetikern mit Erkrankungen des Zentralnervensystems. Er weist besonders auf die Wichtigkeit der Serumuntersuchung hin, wo er in einer Reihe von Fällen, in denen die Reaktion mit der Spinalflüssigkeit negativ ausfiel, mit diesem ein positives Resultat erhielt. Bei isolierter Erkrankung des Zentralorganes ist der Nachweis der Antikörper in der Spinalflüssigkeit wie im Serum weniger konstant, doch ist er auch hier in verschiedenen Fällen gelungen, so daſs von einer spezifischen Antikörperreaktion für Tabes und Paralyse nicht die Rede sein kann, wie dies Marie und Levaditi getan haben. Weitere Untersuchungen über das Vorkommen von luetischen Antikörpern sind von verschiedenen Autoren gemacht worden. Die Ergebnisse lassen aber ebenfalls keine bindenden Schlüsse für Diagnose oder Prognose der Lues zu und sind für die allgemeine Praxis nicht verwendbar.

Carl Schramm-Dortmund.

Serodiagnose bei Lues, Tabes und Paralyse durch spezifische Niederschläge, von Fornet und Scherreschewski-Straſsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Die Verfasser beschäftigten sich mit Versuchen über die Einwirkung syphilitischer Antigene auf die entsprechenden Antistoffe und kamen dabei zu folgendem Ergebnis:

Das Serum von Paralytikern und Tabetikern gibt ausschlieſslich mit dem Serum von Luetikern eine positive Präcipitinreaktion und umgekehrt. Dasselbe Prinzip fanden sie auch beim Aufeinanderwirken zweier Patientensera aus differenten Stadien ein und derselben Krankheit bestätigt, sofern es sich um Scharlach, Masern, Typhus handelte. Stets lieſs sich das Vorhandensein des entsprechenden Präcipitinagens und Präcipitins im Blutserum nachweisen. *C. Schramm-Dortmund.*

Über die diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse der neuesten Syphilisforschung, von Willi Fischer-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Febr. 1907.) Verfasser bespricht den Wert der Spirochäten für die Diagnose und die neueren Anschauungen über Syphilistherapie. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die syphilitischen Antikörper in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern und Tabetikern, von A. Marie und C. Levaditi. (*Annales de L'Institut Pasteur.* Febr. 1907.) Aus den Versuchen der Verfasser erhellt, daſs das Auftreten der Antikörper in der Cerebrospinalflüssigkeit bedingt ist durch das Vorhandensein einer mehr oder weniger alten Syphilis und durch die Lokalisation eines syphilitischen oder parasyphilitischen, heftigen und langdauernden Prozesses der Hirnrinde.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der Einfluſs der Cerebrospinalflüssigkeit der Allgemeinparalytiker auf das syphilitische Virus, von C. Levaditi und A. Marie. (*Bericht über die Sitzungen der biologischen Gesellschaft Paris.* 11. Mai 1907.) Nach den Versuchen der Verfasser ist es unmöglich, in der Cerebrospinalflüssigkeit der Paralytiker, die eine positive Seroreaktion gegeben hat, syphilitische Antikörper zu entdecken, welche imstande sind, direkt auf die Spirochaeta pallida einzuwirken. Die Möglichkeit, daſs die luetischen Antikörper die Spirochäten bekämpfen können, wird zugegeben, aber der Beweis fehlt noch. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Ätiologie der Syphilis, von Wolters-Rostock. (*Med. Klinik*. 1907. Nr. 28.) Vortrag, gehalten im Rostocker Dozentenverein. Enthält nichts Neues.
Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die neuesten Forschungen über den Erreger der Syphilis, von Willi Fischer. (*Berl. Klinik*. 1907. Heft 223.) Ein Sammelreferat über die Arbeiten von Schaudinn und Hoffmann, Bertarelli, Levaditi, Buschke, Fischer, Blaschko u. a. m. In dem Augenblicke, wo die Arbeit zum Referieren vorliegt (November 1907), enthält sie nichts Neues mehr. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die intracelluläre Lagerung der Syphilisspirochäten, von E. Gierke. *Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 44, Heft 4.) G. erscheint es aus seinen Untersuchungen als gesicherte Tatsache, daſs Spirochäten neben sehr häufiger extracellulärer Lagerung auch intracellulär in den verschiedensten Zellarten und ebenso in den polymorphkernigen Leukocyten vorhanden sein können. Ob zu dieser Aufnahme etwa eine Vorbereitung der Mikroorganismen durch bestimmte Stoffe nötig ist, entzieht sich vorläufig der Beurteilung. Nach Loewenthal soll bei Tuberkelbazillen intracelluläre Lagerung besonders bei ausheilenden Fällen vorhanden sein. Von diesem Gesichtspunkte aus hält G. für bemerkenswert, daſs die übrigen Organe des zur Untersuchung verwandten Kindes (vier Tage nach der Geburt bei einem Gewichte von 2120 g verstorben) mit den Spirochäten fertig geworden sind, und es nur in der Lunge zu einer lokalen Manifestation des Virus gekommen ist; es sei denkbar, daſs auch hier in dem beschriebenen Phänomen (der intracellulären Lagerung der Spirochäten) eine Tendenz zur Heilung erblickt werden könnte. *Stern-München.*

Über das Vorkommen der Spirochaetae pallidae im Blute, von Franz Rolshoven. (*Med. Klinik*. 1907. Nr. 33.) Verfasser untersuchte das Blut von 40 Syphilitikern und hat darunter in 30 Fällen ganz charakteristische Pallidae gefunden. Drei Fälle hatten einen zweifelhaften Befund und in sieben Fällen blieb die Untersuchung ergebnislos. Positive Befunde wurden am häufigsten erzielt in den Fällen mit frischen Allgemeinerscheinungen der sekundären Syphilis vor Einleitung der Allgemeinbehandlung. In einem einzigen Fall gelang der positive Spirochätennachweis drei Wochen vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen. In fast allen Fällen war der Spirochätenbefund immer auſserordentlich spärlich. — Zur Untersuchung wurde das aus der gestauten Vena mediana mit einer mittelstarken Kanüle steril entnommene Blut (1 ccm) in sterilen Glasröhrchen aufgefangen, mit 10—15 ccm einer ½—1 ‰igen Lösung von Eisessig vermischt, umgeschüttelt und sofort mittels einer Wasserzentrifuge 10—15 Minuten lang zentrifugiert. Der dünne Ausstrich des Sediments wurde meist nach Giemsa gefärbt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Untersuchungen über die Spirochaeta pallida in den oberflächlichen Läsionen bei Syphilis, von Marcel J. V. Badin. (*Thèse de Bordeaux*. 1906. Nr. 59.)
Fritz Loeb-München.

Im ärztlichen Verein zu Marburg (Sitzung vom 18. Juli 1906. Nach *Münch. med. Wochenschr*. 1906. Nr. 38) sprach Herm. Schridde über **Spirochätenbefunde in Organen und ihre Verwertung für die Diagnose und den Infektionsmodus der Syphilis.** Die Befunde, die er bei seinen zahlreichen Untersuchungen erhoben hat, lehren folgendes: Das Fehlen der Spirochäten in tertiärsyphilitischen Produkten beweist nichts gegen ihre syphilitische Natur. Ist die Diagnose auf Syphilis klinisch und anatomisch nicht ganz einwandfrei, so hat unbedingt die Untersuchung der Leber und der Nebennieren auf Spirochäten zu erfolgen; das gilt sowohl für mazerierte, wie auch für ausgetragene Kinder. Abnorm persistierende Blutbildungsherde, besonders in der Leber, sind an sich niemals beweisend für Syphilis, sie kommen auch auf anderer, allerdings unbekannter Basis vor. — Die Wanderung der Spirochäten findet

nur in den Intercellularräumen statt, Stratum lucidum und corneum sind, da ihnen die Intercellularräume fehlen, für die Spirochaeta pallida absolut undurchdringlich. Wo diese beiden Schichten fehlen oder zufällig abgestofsen sind, ist der Weg für das Eindringen der Spirochäten frei; eine Verletzung, eine Rhagade mufs nicht vorhanden sein. Die Gefahr der syphilitischen Infektion ist also noch viel gröfser als man bisher annahm; auch eine intakte Epidermis schützt nicht vor Ansteckung.

Götz-München.

Miculiczsche Krankheit in ihrer Beziehung zur Lues, von Adolf Gutmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 36.) Die Miculiczsche Krankheit besteht in einer symmetrischen Schwellung der Tränen- und Speicheldrüsen ohne sonstige Lymphdrüsenschwellung. Ein einschlägiger Fall wurde von G. beobachtet und zwar als der erste Fall, bei dem das eigentümliche Krankheitsbild mit Exaktheit bei Lues nachgewiesen werden konnte und die Therapie einen vollen Erfolg lieferte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der postsyphilitischen Dauermerkmale, von G. Nobl-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 39.) Der objektiven Feststellung der restierenden luetischen Invasion stehen nicht zu reichliche Hilfsquellen zu Gebote, so dafs die Beibringung weiterer orientierender Merkmale nach wie vor zu den ernsten Aufgaben der klinischen Forschung zählt, zumal die Unabhängigkeit von der irreführenden und unehrlichen anamnestischen Bevormundung in keinem weiteren Fachgebiete so anstrebenswert erscheint als gerade in der Syphilislehre. Geleitet von dieser Erwägung weist Verfasser auf einen in das Gebiet der hyperplastischen Läsionsformen gehörenden Syphilisrückstand hin, den er oft als persistierendes Attribut des männlichen Geschlechtes beobachtete. Es handelt sich hierbei um Wucherungsvorgänge, die sich an den Perinealfalten festsetzen und meist zu so prägnanter Entwicklung gelangen, dafs man sie sofort als typische Stigmata para- und metasyphilitischer Natur bewerten kann. Die einzelnen Formen werden beschrieben und die Entstehung zu erklären versucht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von indurierendem Ödem des Penis, von O. L. Suggett-St. Louis. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 7.) Bei einem syphilitischen Patienten fand sich, anschliefsend an die Primärsklerose im Sulcus coronarius, ein induriendes Penisödem.

Schourp-Danzig.

Die Roseola syphilitica, von Alex. Renault. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 20.) Klinischer Vortrag, in dem die Roseola syphilitica und alle nicht-syphilitischen Roseolenarten, die differentialdiagnostisch gegenüber der syphilitischen Roseola von Bedeutung sind, ausführlich beschrieben werden. *Götz-München.*

Ein Fall von wiederholtem Abortus infolge von Syphilis; Behandlung mit Jodkalium: Geburt eines Kindes mit angeborenem Kropf, von B. P. Watson-Edinburg. (*Scott. med. Journ.* Septbr. 1907.) Den Hauptinhalt der Arbeit besagt bereits der Titel; die wichtigsten Erscheinungen in dem von W. beobachteten Falle waren die Wirkung des Jodkaliums, indem nach dessen Verabreichung (in hohen Dosen) ein lebendes Kind zur Welt kam, und die Vergröfserung der Schilddrüse, welche W. bei diesem Kinde, zum Teile wenigstens, der Jodmedikation zuschreibt. Zu bemerken ist jedoch, dafs Jodkalium zwar die Mutter vor dem Abortus, aber das Kind späterhin nicht vor ausgesprochenen Erscheinungen kongenitaler Syphilis bewahrte; W. empfiehlt daher für solche Fälle die ja allgemein übliche, kombinierte Darreichung von Quecksilber und Jod. *Stern-München.*

Gefäfsveränderungen und andere histologische Erscheinungen der Hautsyphilis, von John A. Fordyce-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 6.) Text zu zwölf Abbildungen histologischer Präparate von Primärsklerose, Lichen syphi-

liticus, papulösem Syphilid, Gumma, Laryngitis syphilitica, Epitheliom und Lupus auf luetischer Grundlage. *Schourp-Dansig.*

Die Syphilis des Herzens, von H. Huchard und Noel Fiessinger. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 38.) Die charakteristische Manifestation der Syphilis am Herzen ist die gummöse Erkrankung des Myokards, die sich klinisch in sehr verschiedener Weise äufsern kann. Zumeist sind es die Erscheinungen der Herzinsuffizienz bei gesteigertem Blutdruck, entweder ohne deutlich ausgesprochene Nierenveränderungen oder kompliziert durch die Symptome einer interstitiellen Nephritis. Viel seltener ist ausgesprochene Bradycardie infolge gummöser Erkrankung des Hisschen Bündels. Endlich kommen auch plötzliche Todesfälle infolge gummöser Erkrankung des Myokards bei Leuten vor, bei denen niemals klinische Zeichen einer Herzmuskelerkrankung beobachtet worden sind. Einige Autoren, namentlich Breitmann-St. Petersburg, glauben, verschiedene klinische Formen je nach dem Sitz der Gummen unterscheiden zu können; das ist nach Ansicht der Verfasser nicht möglich, nur in den Fällen mit Bradycardie läfst sich die Lage des Gummas, gewöhnlich wenigstens, mit Sicherheit bestimmen. Die Diagnose der Herzgummen ist sehr schwierig und dabei praktisch doch sehr wichtig; denn die Fälle, in denen nur Krankheitserscheinungen seitens des Herzens vorhanden sind, können durch energische spezifische Behandlung gebessert und sogar geheilt werden. Wo dagegen die Symptome einer interstitiellen Nephritis in den Vordergrund treten, ist der Gebrauch von Quecksilber kontraindiziert.

Götz-München.

Die Syphilis des Herzens und ihre Frühdiagnose, von Benno Herzog-Mainz. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 31.) Schilderung von mehreren Fällen von frühzeitiger Diagnose der Herzsyphilis, welche zeigen, dafs die früheste Frühdiagnose der Lues cordis in einer Reihe von Fällen in der Tat möglich ist, nämlich bei alleinigem oder vorzugsweisem Ergriffensein der Aorta und der Kranzarterien. Jeder schwere Fall von Angina pectoris bei jungen oder Leuten in mittleren Lebensjahren, aber auch leichtere Beschwerden von Präkordialdruck und -Angst bei vorher Gesunden, speziell nicht Nervösen, sollen an Lues denken lassen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Frage der syphilitischen Erkrankungen des Magens und der Leber, von Rudnitzki. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 33, 35 und 37.) In einer längeren Arbeit beschreibt Verfasser einige Fälle seiner Beobachtung von luetischen Magen- und Lebererkrankungen, die jahrelang vergeblich als chronische Magenkrankheiten resp. Magenkrebs usw. behandelt worden waren. Zur richtigen Diagnose führte die genaue Berücksichtigung einiger Nebenerscheinungen, auf die Verfasser die Aufmerksamkeit lenkt, wie Periostitis, nicht nur an den Unterschenkeln, sondern auch an den Nackenknochen; runde, atrophische Narben; harte Drüsen, oft nur einseitig; Schmerzhaftigkeit der Sterno-claviculargelenke; Ungleichheit der Pupillen; ungleicher Schmerzsinn auf beiden Körperhälften usw. Die spezifische Behandlung brachte in den vom Verfasser beschriebenen Fällen Genesung resp. Besserung und sicherte somit die Diagnose. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über einen Fall von angeborener Dünndarmsyphilis nebst Bemerkungen über die ätiologische Bedeutung der Spirochaeta pallida, von Eugen Fraenkel-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 32.) Bei der Sektion eines frühreifen, 47 cm langen, neugeborenen Kindes, das am fünften Lebenstage unter den Erscheinungen einer akuten Bauchfellentzündung zugrunde gegangen war, fanden sich neben einer akuten eitrigen Peritonitis die charakteristischen Zeichen angeborener Dünndarmsyphilis: feste fibröse Synechien zwischen den oberen, mit graugelbem, eitrigem Belag versehenen Injunumschlingen, auf der Schleimhaut der verwachsenen Dünndarmpartien scharf abgegrenzte, zum Teil bis an die äufserst verdünnte Serosa reichende

Substanzverluste und flache, das Niveau der Schleimhaut überragende, beetartige Erhabenheiten, über denen die Serosa unverändert war. Im übrigen war nur noch an den Rippen, und zwar nur histologisch nach unvollständiger Entkalkung in MÜLLERscher Lösung, ein Symptom von Lues, das erste Stadium der Osteochondritis syphilitica, nachzuweisen. Mittels der BERTARELLI-VOLPINOschen Methode wurde in den Krankheitsherden am Darm und ihrer unmittelbarsten Umgebung die Spirochaeta pallida in enormen Mengen gefunden; ihre Hauptmasse lag sowohl bei den ulcerierten, wie bei den noch nicht geschwürig zerfallenen Partien in den Rändern der Krankheitsherde, während einerseits der Geschwürgrund, andererseits die Darmwand in geringer Entfernung von den kranken Stellen durchaus und überall frei von Spirochäten war. Auch im Innern der LIEBERKÜHNschen Drüsen wurden, ebenso wie in den erkrankten Rippenteilen, Spirochäten in geringer Zahl beobachtet. Der ganze Spirochätenbefund im Darm zeugt mit absoluter Beweiskraft für die parasitäre Natur und die ätiologische Bedeutung der Spirochäten und gegen die Annahme einzelner Autoren, dafs die „Silberspirochäten" Neurofibrillen entsprächen.

Die histologische Untersuchung der erkrankten Stellen zeigte eine Nekrose der Darmwand mit konsekutiver Schwellung der dem Nekroseherd unmittelbar anliegenden Darmpartien, ohne dafs vorgängige Gefäfsveränderungen zur Ischämie mit nachfolgendem Absterben der zugehörigen Darmwandschichten geführt hätten, und ohne dafs die Darmwand von granulationsgewebsartigen Massen, von miliaren Gummigeschwülsten durchsetzt gewesen wäre. Nach den Angaben der Autoren handelt es sich bei den für Syphilis congenita charakteristischen intestinalen Krankheitsherden meist um das Auftreten granulationsgewebsartiger Neubildungen mit der für syphilitische Gummata bezeichnenden regressiven Metamorphose; nach FR. sind jedoch diese makroskopisch als Granulationsgeschwülste, als miliare Gummiknoten imponierende Bildungen in Wirklichkeit zum Teil umschriebene Gewebsnekrosen, die histologisch nichts für Syphilis Spezifisches erkennen lassen. Ihre Zugehörigkeit zur Lues wird nur durch den Nachweis der Spirochäten in den Krankheitsherden und deren Umgebung festgestellt.

Göts-München.

Die syphilitische Verengerung des Rektums, von ED. SCHWARTZ. (*Presse méd.* 1907. Nr. 47.) Die syphilitische Stenose des Rektums kommt viel häufiger beim Weibe als beim Manne vor. Sie entsteht auf dem Boden einer spezifischen Rektitis. Ihr Sitz ist meist 3—4 cm oberhalb des Anus, sie ist ringförmig, meist 1—2, selten über 5 cm lang. Die Behandlung mit HÉGARschen Bougies zeitigt nur vorübergehende Resultate. Autor führte 1894 eine „Rektoplastik" aus: man durchschneidet senkrecht die verengte Stelle des Rektums und vernäht danach quer, wie bei der Pyloroplastik. Nach fünf Jahren trat ein Rezidiv ein mit einer neuen Rektitis.

A. Schucht-Danzig.

Über einen Fall von Melaena, bedingt durch syphilitische Lebercirrhose, von HERMANN SCHAUM. (Inaug.-Dissert. München 1906.) Verfasser beschreibt und erklärt einen Fall, bei dem die Melaena durch eine syphilitische Lebercirrhose bedingt war, eine bisher noch nicht beschriebene Ätiologie dieses Krankheitsbildes.

Fritz Loeb-München.

Ikterus im Frühstadium der Syphilis, von J. TAUBMANN. (Inaug.-Dissert. Berlin 1907.) Aus der vorliegenden Arbeit ergeben sich folgende Thesen:

1. Der sog. Ikterus syphiliticus praecox unterscheidet sich durch kein bestimmtes Symptom vom gewöhnlichen Ikterus catarrhalis; alle in der Literatur angegebenen Unterscheidungsmerkmale sind uncharakteristisch und inkonstant.

2. Der Unterschied liegt wesentlich auf therapeutischem Gebiet; denn eine ge-

wöhnliche Behandlung nützt nichts; der Ikterus syphiliticus weicht stets nur der Quecksilber-Jodbehandlung.

3. Auch dann, wenn der Ikterus im Frühstadium der Syphilis nach einem Diätfehler auftritt, kann er manchmal nur durch eine „spezifische“ Behandlung zum Verschwinden gebracht werden.

4. Der Zusammenhang dieses Ikterus mit der „sekundären“ Syphilis ist wahrscheinlich; wie wir uns diesen Zusammenhang zu denken haben, ist aus dem sehr wechselnden Krankheitsbilde des Ikterus syphiliticus praecox nicht mit Bestimmtheit abzuleiten. *Fritz Loeb-München.*

Rezente syphilitische Nephritis, geheilt mit Injektionen von Oleum cinereum, von Houyet. (*Ann. de la Policl. Centr.* 1907. Nr. 4.) Bei einem 16jährigen Mädchen konstatierte Verfasser neben Abmagerung, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Plaques muqueuses im Halse und ad anum und syphilitische Ulcerationen an beiden grofsen Zehen. Therapeutisch wurde Oleum cinereum eingespritzt. Nach acht Tagen fand Verfasser eine „enorme Menge“ von Eiweifs im Urin. Der zum Konsilium eingeladene Duhot erklärte die Albuminurie als Zeichen einer syphilitischen Nephritis. (Verfasser erwähnt nicht, ob der Urin vor der ersten Injektion auf Eiweifs untersucht wurde und ob mikroskopische Untersuchung des Harnsedimentes nach Konstatierung der Albuminurie erfolgte. Ref.) und liefs weiter Quecksilber applizieren. Dies geschah auch und das Albumen verschwand allmählich; nach sieben Injektionen war Patientin erscheinungslos. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die syphilitischen Albuminurien, von Ch. Fiessinger. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 31.) Weder die sekundär- noch die tertiär-syphilitischen Nephritiden dürfen wahllos einer Quecksilberbehandlung unterzogen werden. Die leichten sekundär-syphilitischen Nierenerkrankungen heilen gewöhnlich spontan ohne spezifische Behandlung aus; die ganz akuten und schweren Fälle, die mit Ödemen der inneren Organe einhergehen, vertragen Quecksilber unter keinen Umständen, und nur die mittelschweren Formen werden zumeist, namentlich wenn sie durch Ausscheidung sehr grofser Eiweifsmengen ausgezeichnet sind, günstig beeinflufst. Aber auch das ist nicht immer der Fall, wahrscheinlich weil es sich zuweilen gar nicht um Nierenerkrankungen syphilitischer Natur, sondern um Nephritiden anderen Ursprungs handelt. Darum ist es am besten, auch bei den mittelschweren Fällen mit rein diätetischer Behandlung — Bettruhe und Milchdiät oder kochsalzfreier Ernährung — zu beginnen und nur, wenn dadurch im Verlaufe von acht Tagen keine Besserung erzielt wird, eine Injektionskur mit löslichen Quecksilbersalzen einzuleiten; diese mufs natürlich wieder ausgesetzt werden, wenn die Wirkung keine günstige ist.

Bei tertiär-syphilitischen Nierenerkrankungen sind, wenn der Blutdruck gesteigert ist, Quecksilberkuren unter allen Umständen kontraindiziert; in solchen Fällen liegen sklerotische Veränderungen der Nieren vor, die durch Quecksilber stets verschlimmert werden. Aber auch sonst ist Vorsicht bezüglich des Quecksilbergebrauchs dringend nötig; denn es ist sicher, dafs manche anscheinend tertiär-syphilitischen Nephritiden in Wirklichkeit die Folge von Quecksilberintoxikationen sind. Daher empfiehlt sich bei allen tertiär-syphilitischen Nierenaffektionen, bei denen die spezifische Behandlung überhaupt in Frage kommt, die gleiche Art des Vorgehens wie bei den mittelschweren sekundär-syphilitischen Nierenentzündungen. *Götz-München.*

Über Mastitis luetica im Sekundärstadium, von Friedrich Stimmel. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1907.) Die Mastitis luetica secundaria ist eine sehr seltene Affektion; sie ist bei Frauen fast ebenso häufig wie bei Männern. Man kann eine knotige und eine diffuse Form bei ihr unterscheiden. Sie ist häufiger einseitig, seltener doppelseitig und fast immer schmerzhaft. Im Anschlufs an eine Besprechung der bisher in

der Literatur verzeichneten Fälle teilt Verfasser einen eigenen Fall mit, in welchem die Schwellung in aufserordentlich kurzer Zeit eintrat und eine Gröfse entwickelte, die das dreifache Volumen der männlichen Brustdrüse übertraf. Die entzündete Brust stellte einen soliden, runden Tumor dar von glatter Fläche, während von den meisten anderen Autoren die Begrenzung als mehr knotig geschildert wird.

Fritz Loeb-München.

Zur Behandlung zentraler Augennervenleiden luetischen Ursprungs mit Atoxyl, von O. Watermann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 35.) Verfasser behandelte in Silex' Poliklinik zehn Fälle cerebraler Lues und tabischer Atrophie mit Atoxyl. Die Behandlungsweise führte zu einer absoluten Enttäuschung, so dafs Verfasser vor Anwendung des Mittels bei Lues cerebri und tabischer Optikusatrophie nur warnen kann, denn er fand in einem Fall eine Herabsetzung der Sehschärfe links durch zentrales Skotom, welches er dem Einflusse des Atoxyls zuschreibt. Auch bei anderen Fällen sah W. eine so schnelle und intensive Minderung der Sehschärfe, wie solche selbst während einer Quecksilberkur nie beobachtet wurde, auch Darmkatarrh und Ikterus fiel bei einem Fall auf, während bei einem weiteren eigentümlich nervöse Störungen im Verlauf der Atoxylbehandlung auftraten und nach Aussetzen des Mittels prompt zurückgingen. Bei allen Fällen sind während der Behandlung mit Atoxyleinspritzungen starke bohrende oder ziehende Schmerzen in den Armen oder Beinen, grofse Schwäche im Körper und Störung des Appetits aufgetreten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die syphilitischen Gummata der Iris, von Henri Turcan. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 107.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Gummata der Augenlider, von P. A. M. Pottier. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 60.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Läsionen des Nervus opticus bei Lues hereditaria, von L. D. M. Guignon. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 79.) *Fritz Loeb-München.*

Erkrankung der Cornea und der Conjunctiva bulbi bei sekundärer Syphilis, von Brown Pusey-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 10.) Bei einem 22jährigen Manne bestanden bei fehlendem Nachweis überstandener Primärsklerose ein maculo-papulo-pustulöses Syphilid, universelle Lymphadenitis, Kniegelenkserguſs, pustulöses Exanthem der Augenlider, der Conjunctiva bulbi und der Cornea. Unter Darreichung von Jodkalium und Hydrargyrum protojodur. erfolgte völlige Heilung. *Schourp-Danzig.*

Untersuchungen des Nervensystems Syphilitischer, von E. Meyer-Königsberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Verfasser untersuchte bei einer gröfseren Zahl Syphilitischer in frischen Stadien das Nervensystem, und zwar wurden 74 Fälle untersucht, von ihnen waren 61 im sekundären Stadium. Bei diesen fanden sich bei 31 Abweichungen an den Pupillen, die Kniephänomene waren bei 32 lebhaft, Klonus wurde nur einmal gefunden, vielfach war das Achillessehnenphänomen gleichzeitig lebhaft, Gaumen- und Rachenreflex fehlten in 29 Fällen, hysterische Stigmata waren achtmal vorhanden, bei zwölf Patienten in exanthematisch-papulösen Stadien wurde über nervöse Beschwerden geklagt, bei einer ganzen Reihe von Kranken könnte der objektive Befund sehr wohl die Grundlage subjektiven nervösen Unbehagens abgeben. Im ganzen ergibt die Untersuchung der 61 Sekundärfälle:

1. Über erworbene nervöse Beschwerden wurde nur in drei Fällen geklagt, in neun Fällen bestand schon vorher Nervosität, besonders in Form von Hysterie. Die Syphilis hatte hier vielfach zu einer Steigerung der Nervosität geführt.

2. Unter den nicht subjektiv nervösen Kranken wurde verhältnismäfsig oft eine Steigerung der allgemeinen nervösen Erregbarkeit beobachtet, die in lebhaften Knie-

phänomenen, Zittern usw. zum Ausdruck kam. Jedoch ist dabei die eventuelle Einwirkung von Quecksilberbehandlung sowie der Trunk in einem Teil der Fälle zu berücksichtigen.

3. Fälle, die mit einiger Wahrscheinlichkeit ein organisches Nervenleiden vermuten lassen, waren auch in diesem Stadium vorhanden, wenn auch nur wenige.

Bei den elf tertiär-syphilitischen Fällen wurde nur bei drei über Nervosität geklagt, bei vier wurden Pupillenstörungen verzeichnet. Was die Resultate der Lumbalpunktion bei Syphilitischen betrifft, so wurden im ganzen 28 punktiert, 19 mal ergab sich unter diesen Lymphocytose aller Grade, 15 mal gleichzeitig mit pathologischem Eiweißgegehalt. Es ist ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Liquorveränderungen und nervösen Beschwerden nicht nachweisbar.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von Lues cerebrospinalis, von Hermann C. Lossen. (Inaug.-Dissert. Kiel 1907.) Verfasser teilt einen Fall von Lues mit, bei dem sich die tertiären Erscheinungen der Lues cerebrospinalis erst sehr spät, 22 Jahre nach der Infektion, einstellten. Pathologisch-anatomisch ergaben sich neben gummösen Einlagerungen an den Nerven namentlich Veränderungen an den Gefäfsen, im besonderen Obliteration und Schwund der Basilaris. Das Vorkommen derartiger Veränderungen, wie es hier an der Basilaris gefunden wurde, ist als ein sehr seltenes zu bezeichnen. (v. Rad beschreibt im *Arch. f. Psychiatrie*, Bd. 30, S. 82 ff. einen analogen Fall.)

Fritz Loeb-München.

Die klinische Ähnlichkeit zwischen Cerebrospinalsyphilis und multipler Sklerose, von W. G. Spiller und C. D. Camp-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. scienc.* Juni 1907.) Der hier mitgeteilte Fall bot so viele für multiple Sklerose charakteristische Symptome dar, dafs die Diagnose lange zweifelhaft blieb, und der Patient wiederholt den Studenten mit dieser Diagnose, als das wahrscheinlichste, vorgestellt wurde. Es handelte sich um einen 28jährigen Strafsenarbeiter, der vom November 1902 bis zu seinem Tode, April 1906, im Krankenhaus war. Syphilis wurde bis zwei Monate vor dem Exitus geleugnet, Blennorrhoe und weicher Schanker wurden zugegeben. Die mitgeteilte Krankengeschichte erwähnt Intentionszittern, skandierende Sprache, ataktischen Gang ohne Steigerung der Ataxie bei Augenschlufs usw. Bei der Autopsie fand sich im wesentlichen eine Meningo-Encephalitis mit vorwiegender Rundzelleninfiltration und Entartung der hinteren Rückenmarksstränge. Genauere Einzelheiten sind im Original angegeben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Spezifische Niederschläge bei Lues, Tabes und Paralyse, von Fornet, J. Schereschewsky, Eisenzimmer und Rosenfeld-Strafsburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 41.) Die noch junge Lehre von den verschiedenen Körpern, welche bei spezifischer Erkrankung im Blute entstehen, eröffnet ein so weites Feld zur Erlangung von Aufschlüssen über das eigentliche Wesen der Krankheiten, dafs auch nicht zu definitiven Abschlüssen führende Arbeiten volle Beachtung verdienen. Zu dieser Kategorie gehören die hier mitgeteilten sorgfältigen Beobachtungen an 27 Fällen, welche teils Lues, teils Tabes und Paralyse umfafsten. Diese ordnen sich in drei Gruppen ein: Präcipitinogene fanden sich bei zwölf Patienten, von denen acht an Syphilis und je zwei an Tabes und Paralyse litten. In allen Fällen, welche in den lokalen Läsionen die Spirochaeta pallida aufwiesen, wurden im Blutserum Präcipitinogene gefunden. Bei einer zweiten Gruppe von vier Lues- und sieben Paralysefällen fanden sich Präcipitine. Als neutral wurde das Serum aufser bei 14 Gesunden bei Lues zweimal befunden und ferner bei einem mit tertiärer Syphilis komplizierten Fall von Paralyse. Dieser negative Befund ist zum Teil als Einwirkung der Behandlung, zum Teil wohl auch auf andere Weise zu erklären. Im allgemeinen kann man sagen: die

syphilitischen Erkrankungen liefern Präcipitinogene, die parasyphilitischen Zustände Präcipitine. Bei weiterer Bestätigung dieser Befunde würde man an dem Verhalten des Blutes eine Indikation gewonnen haben für das Einsetzen resp. für das Beendigen einer antisyphilitischen Behandlung. Die bei diesen interessanten Forschungen anzuwendende Technik ist eingehend geschildert, mufs aber im Original nachgesehen werden. Es sei nur noch erwähnt, dafs Verfasser mit einer Modifikation der Färbung der Spirochäten sehr deutliche Bilder erhielten. Das unter Osmiumdämpfen fixierte Ausstrichpräparat auf dem Objektträger wird auf eine Unterlage gelegt und mit kochendheifser Farblösung (10 ccm 0,5%iges Glycerinwasser mit 13 Tropfen alter Giemsa-Lösung) übergossen. Nach zwei bis drei Minuten giefst man die Farbflotte ab und wiederholt nötigenfalls das Übergiefsen nach Bedarf ein- bis zweimal, bis die Eosinfärbung dominierend hervortritt. Die Spirochäten erscheinen dann ungemein deutlich in intensiver Färbung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilis und Tabes, von Stefan Filipkiewicz - Trencsin - Teplitz. (*Przeglad lekarski.* 1907. Nr. 22 u. 23.) Verfasser beobachtete 328 Tabesfälle, unter denen 304 sicher Lues durchgemacht haben; bei 24 konnte keine syphilitische Infektion nachgewiesen werden. Von den 304 syphilitischen Fällen betreffen 294 Männer, 10 Frauen. Die Symptome der Tabes stellten sich am frühesten drei Jahre, am spätesten 25 Jahre, in der Regel 8—15 Jahre nach der Infektion ein. In drei Fällen waren neben den tabetischen tertiärsyphilitische Erscheinungen vorhanden. Die Mehrzahl der postsyphilitischen Fälle zeichnete sich durch atypischen, milden Verlauf aus; viel schwieriger war der Verlauf der Fälle ohne Lues in der Anamnese. — Als das häufigste prodromale Symptom der Tabes betont Verfasser lancinierende, blitzartige Schmerzen mit hochgradiger Hyperästhesie der Haut an Stelle der Lokalisation dieser Schmerzen. Nach seinen Erfahrungen zweifelt Verfasser nicht, dafs Tabes meistens als Folge der Syphilis erscheint, dafs sie aber auch durch andere Faktoren hervorgerufen werden kann. Meist kommt sie nach solchen syphilitischen Infektionen zustande, die anfangs sehr milde Erscheinungen zur Folge hatten, so dafs die Behandlung eine einmalige (bei Verfasser in 258 Fällen) oder eine ungenügende (in 46 Fällen) war. Die Einleitung einer spezifischen Kur im Anfangsstadium der Tabes kann die Progression des Prozesses oft verhindern. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Störungen der Harnentleerung bei Tabes, von Duhot. (*Ann. de la Policl. centr.* 1907. Nr. 7.) Bringt nichts Neues. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Allgemeine Behandlung der Tabes, von H. S. Frenkel-Heiden. (*New York. med. Monatsschr.* 1907. Nr. 1.) Klinischer Vortrag, ohne Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Über Dementia paralytica im jugendlichen Lebensalter, von Georg Wollburg. (Inaug.-Dissert. Kiel 1906.) Die juvenile Form der progressiven Paralyse entwickelt sich fast ausschliefslich auf dem Boden kongenitaler Lues und kommt gewöhnlich in den Pubertätsjahren zum Ausbruch. Sie findet sich vielfach bei originär schlecht veranlagten Individuen und befällt beide Geschlechter mit annähernd gleicher Häufigkeit. Nach einem symptomreichen Prodromalstadium mit vielen Anfällen verläuft sie fast immer unter dem Bilde einer einfachen Demenz. Im Gegensatz zu der progressiven Paralyse der Erwachsenen besitzt sie im allgemeinen keine Neigung zu Remissionen und zeigt meist einen langsameren Verlauf. *Fritz Loeb-München.*

Leukämische Blutveränderung bei Lues congenita und Sepsis, von H. Flesch und A. Schossberger-Budapest. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 27.) Ein sieben Wochen altes, von syphilitischen Eltern stammendes und verschiedentliche Symptome der kongenitalen Lues darbietendes Kind wurde etwa drei Wochen lang mit Kalomel erfolglos behandelt. Sub finem vitae entwickelten sich an vielen Stellen

der Haut Petechien und hämorrhagische Flecke bis zu Pfennigstückgröfse, Pneumonie und Ikterus. Die Blutzählung ergab: Erythrocyten 2100000, Leukocyten 51500, darunter neutrophile polynukleäre Zellen 54%, neutrophile Myelocyten 9%, eosinophile polynukleäre Zellen 7%, eosinophile Myelocyten 1%, basophil granulierte Zellen 1%, Lymphocyten 28%. Die Sektion ergab eine Bestätigung der klinischen Diagnose und verschiedene septische Veränderungen, Osteochondritis luetica, Milzschwellung und Erweichung, Perihepatitis acutissima, Lungenabscesse usw. Verfasser besprechen unter Berücksichtigung der Literatur die Berechtigung einer Diagnose Leukämie, glauben aber, dafs der Blutbefund wohl die direkte Folge der bestehenden schweren Grundleiden gewesen sein dürfte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Zahnung bei hereditär-syphilitischen Kindern, von M. Tronchon. (*Thèse de Paris.* 1907.) Die verschiedenen Mifsbildungen der Zähne bei hereditär-syphilitischen Kindern haben ihren Ursprung in einem dystrophischen Einflufs, den die hereditäre Lues während des intrauterinen Lebens auf die Zahnkeime ausübt. Derselbe manifestiert sich später in verschiedener Weise. Die Zähne können bereits als Stümpfe wachsen, oder sie sind sehr brüchig und reiben sich sehr rasch ab. In letzterer Beziehung sind gewisse Zähne besonders Veränderungen ausgesetzt, wie z. B. die oberen Schneidezähne, welche auch zur Bildung der sogenannten Hutchinsonschen Zähne, mit halbmondförmiger Abreibung des Zahnschmelzes, führen. In anderen Fällen erscheinen die Zähne spät oder sie haben eine schiefe Richtung.

Auch die bleibenden Zähne zeigen verschiedene Mitbildungen, die, wenn auch nicht für Syphilis allein charakteristisch, so doch eine gewisse pathognomische Bedeutung haben. Es sind dies: die vorzeitige Karies, die Kleinheit der Zähne, ihre unregelmäfsige Form, Rillen und Usuren. *E. Toff-Braila.*

Die hereditäre Syphilis der Leber, von Méry. (*Journ. d. pra ic.* 1907. Nr. 28.) Kurze Schilderung der Früh- und der Spätform der hereditären Lebersyphilis. Anschliefsend an diese Beschreibung, die nichts Neues bringt, teilt M. die Krankengeschichte eines elfjährigen Mädchens mit, bei dem höchstwahrscheinlich zugleich hereditäre Lebersyphilis und Drüsentuberkulose vorlag; das Zusammentreffen der beiden Krankheiten ist nach M. viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. *Götz-München.*

Ein Fall von Syphilis gummosa hereditaria tarda, von J. Nicolas und Petitjean. (Ohne Quellenangabe.) Der Fall machte gewisse diagnostische Schwierigkeiten und wurde unter spezifischer Behandlung leicht geheilt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Prophylaxe der Syphilis. Erziehung der Arbeiterklassen, von René Salmon. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 404.) Alle Mittel der Aufklärung sind anzuwenden, um die Arbeiterbevölkerung auf die Gefahren der Syphilis aufmerksam zu machen und aus ihrer Gleichgültigkeit aufzurütteln. *Fritz Loeb-München.*

Syphilisprophylaxe der Ammen und Säuglinge, von Raoul Désormeaux. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 306.) *Fritz Loeb-München.*

Die Syphilisbehandlung im Lichte der neuen Forschungsresultate, von E. Lesser-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 27.) Die wesentlichsten Fortschritte der letzten Jahre auf dem Gebiete der Syphilidologie sind die sichere Übertragung der Infektion auf Tiere (Metschnikoff und Roux) und der Nachweis der Spirochäten. Für die Behandlung macht sich namentlich die letztere Entdeckung schon für die Behandlung des Primärsyphilids geltend. Wir können hoffen, durch Exzision des frühzeitig erkannten Schankers die weitere Erkrankung erheblich gelinder zu gestalten, selbst wenn eine Allgemeininfektion nicht ganz zu vermeiden sein sollte, wie dies bereits mehrfach geschehen ist. Ferner wird es sich empfehlen, sofort nach

gelungenem Spirochätennachweis eine Allgemeinbehandlung zu instituieren, um der Entwicklung der Parasiten möglichst entgegenzuwirken. Ob die günstigste Zeit für den Beginn der Allgemeinbehandlung die des Ernährungsstadiums ist, erscheint anfechtbar, wie L. des näheren darlegt. Dabei darf man sich nicht mit einer einzelnen Kur begnügen, sondern die chronisch intermittierende Behandlung nach Fourniers Vorschrift bleibt noch immer zu recht bestehen. Nebenbei ist nicht zu leugnen, daſs es wünschenswert ist, neben dem Hg noch andere therapeutische Hilfsmittel zur Verfügung zu haben. Deshalb hat L. auch mit Atoxyl verschiedentlich Versuche angestellt. Er berichtet über Beobachtungen an 28 Fällen, 22 Männern und 6 Weibern. Es wurde fast immer eine 10%ige Lösung verwendet und meist 0,5, selten 0,6, bei Frauen gewöhnlich 0,4 intramuskulär injiziert. Über 6,2 insgesamt wurde niemals gegeben. Der Erfolg war bezüglich des Verschwindens der Erscheinungen in allen Fällen ein ganz unverkennbarer. Unangenehme Nebenwirkungen traten nicht selten in Form von Magendarmbeschwerden und gelegentlich von Albuminurie hervor. Aus all dem ist der Schluſs zu ziehen, daſs ein abschlieſsendes Urteil über den definitiven Wert des Atoxyls zurzeit noch nicht möglich ist.

Diskussion. (Ibidem. Nr. 32.)

E. Lesser: Seit dem Vortrage (10. Juni 1907) ist von Hallopeau ausführlicher über seine Resultate mit der Atoxylbehandlung berichtet worden (siehe *Monatsh. f. prakt. Derm.* S. 425, 468.). Er gibt jetzt zuerst eine Dosis von 0,75, dann 0,6, darauf viermal 0,5 und läſst dann eine Pause von 14 Tagen eintreten, worauf von neuem begonnen wird. Die von H. erwähnte Ungleichheit zwischen dem französischen und dem Charlottenburger Präparat beruhte vielleicht auf einem ungleichen Gehalt an Kristallwasser. Jetzt wird in beiden Fabriken ein identisches Präparat erzeugt. Von Schädigungen bei der Atoxylbehandlung hat L. zwei Fälle zu erwähnen: bei einem Kranken mit Pemphigus vulgaris chronicus trat nach fünf Injektionen zu je 0,5 eine kleine Retinalblutung ein, welche aber inzwischen wieder so gut wie ganz verschwunden ist. Der zweite Fall betraf eine 47jährige Frau, die in 26 Tagen 5,1 erhalten hatte und im Anschluſs daran eine Verminderung der Sehschärfe auf 1/10 aufwies.

Greeff hat diesen Fall ophthalmologisch zuerst vor acht Tagen und dann wieder am Tage der Sitzung untersucht. Patientin gab an, wegen der Sehstörung nicht frei einhergehen zu können. Sie betrug auf der einen Seite 5/35, auf der anderen 1/10. Das Gesichtsfeld war sehr stark eingeengt. Farbensinn war auf diesem Gebiet ganz intakt erhalten. Patientin ist als alte Potatrix strenua bekannt. Dieser Augenbefund ist aber das gerade Gegenteil von dem der Alkoholvergiftung am Auge. Die Veränderunger waren aber auch nicht diejenigen der frischen Syphilis (peripherische Neuritis mit Gefäſsveränderungen, Ödem, Verschwommenheit der Grenzen im Augenspiegelbild). Vielleicht spielt hierbei Hysterie oder auch die zurzeit geübte Abstinenz eine gewisse Rolle.

Holländer spricht ausführlich über die Erfolge der von ihm geübten Methode der Heiſsluftkauterisation beim Primärsyphilid. Dieselbe sei der Exzision sowohl wie den lokalen Einspritzungen von $HgCl_2$ überlegen. Er verfügt über 130 Fälle, bei denen sie zur Anwendung kam, mit 19% positiven Erfolgen, indem zwei Jahre hindurch das Ausbleiben von Sekundärerscheinungen konstatiert wurde. Die Heiſsluftbehandlung ist in vielen Fällen gut anzuwenden, bei denen wegen des Sitzes des Primärsyphilids die Exzision unmöglich ist, und es scheint, als ob die Spirochäten durch die Hitze überhaupt in ihrer Lebensfähigkeit geschädigt werden. Auch tritt im Anschluſs an die Verbrennung eine Ausschwemmung längere Zeit hindurch ein, wie bei Anwendung einer Fontanelle.

O. Rosenthal: Der Wert des Atoxyls dürfte durch seinen Arsengehalt zu erklären sein; die Anilinkomponente dürfte belanglos sein. Immerhin ist die Einführung

des Arsens in die Luestherapie als ein Fortschritt zu begrüfsen. R. hat verschiedentlich arsenige Säure subcutan injiziert und hat eine bemerkenswerte Reihe von Erfolgen zu verzeichnen. Er verwendet eine 2%ige Lösung von 0,3 Acoin und einigen Kristallen Thymol. Er fängt mit einem Teilstrich der PRAVAZ-Spritze an und steigert jeden dritten Tag um einen Strich bis etwa zu acht Teilstrichen, d. h. etwa 1 mg über die Maximaldosis hinaus. Beim Atoxyl gibt man mit 0,5 etwa das Zehnfache der Maximaldosis. Die Einstichöffnung wird mit Collodium oder einer kleinen, feuchten Kompresse bedeckt. Störungen waren bei den Injektionen nie erheblich.

NAGELSCHMIDT hat zwei Patienten, welche eine Idiosynkrasie gegen Hg darboten, mit Atoxyl behandelt und gute Resultate erzielt. Die beiden Patienten werden vorgestellt.

F. LESSER glaubt, dafs der Enthusiasmus der Franzosen für Atoxyl dadurch erzeugt wurde, dafs dort die übliche Behandlung in der Verabreichung der (langsam wirkenden) RICORDschen Pillen besteht. Die Glanzerfolge des Atoxyls sieht man bei den späten Ulcerationen, und bei diesen spielt das syphilitische Virus nicht mehr die Hauptrolle. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Fissura ani, von JEROME M. LYNCH - New York. (*New York med. Journ.* 26. Okt. 1907.) Die primäre Ursache der Fissura ani ist nach L.s Ansicht zweifellos die Vernachlässigung des natürlichen Bedürfnisses, woraus Obstipation, in deren Folge lokale Kongestion und aus dieser wiederum Neigung zu Ulceration und zu Einrissen an der Schleimhautoberfläche entsteht. Die Symptome bestehen vor allem in den Schmerzen nach dem Stuhlgang, welcher von leichtem Brennen bis zu einem scharf stechenden Schmerz geht und 15 Minuten bis zu einigen Stunden anhält, Schmerzen nach dem Urinieren, ziehende Schmerzen in der Ileosakralgegend. Die Analfissur bildet ungefähr 20% aller Mastdarmerkrankungen und kommt zweimal so oft bei Frauen wie bei Männern vor. Die Diagnose ist gewöhnlich leicht zu stellen, im Notfalle mit SIMSschen Spekulum. Die Hauptgrundsätze der Behandlung sind Ruhe und individuelle Lokaltherapie, in allen Fällen Erzielung weichen Stuhlgangs mit Öleinläufen oder Glycerinsuppositorien. Bei ganz frischer Fissur Auflegen von Watte, mit reinem Ichthyol durchtränkt, auf einige Stunden oder konzentrierte Arg. nitr.-Lösung einpinseln oder Acetanilid aufzupudern; wenn aber die Fissur einige Zeit bestanden und diese Mittel fehlgeschlagen haben, dann mufs operativ vorgegangen werden, und zwar mittels ausgiebiger, genügend tief reichender Inzision, wobei die Ecken des Einschnittes sorgfältig abgetragen werden müssen (um zu frühe Heilung dieses Teiles der Wunde zu verhüten). Drainage und Offenhalten des Hautschnittes, bis die Schleimhaut geheilt ist, ist sehr wichtig; die Wunde wird mit Jodoformgaze tamponiert, welche wenigstens 48 Stunden darin verbleiben mufs, um dann einem kleineren Verband Platz zu machen. *Stern-München.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. No. 2. 15. Januar 1908.

Aus der königl. ungarischen Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Kolozsvár (Ungarn). Direktor: Prof. Th. v. Marschalkó.

Über die Histologie und Pathogenese der Hauthörner.

Von

Dr. Franz v. Veress,
klinischem Assistenten.

(Mit zwei Tafeln und einer Abbildung im Text.)

(Fortsetzung und Schlufs.)

Vor allem mufs ich es hervorheben, dafs ich in bezug auf die **Definition** des echten Hauthornes insofern mich der Ansicht von Unna anschliefse, indem ich unter echtem Hauthorn nur massive, meist zylindrische oder konische, papillär gebaute (an der Oberfläche gewöhnlich längsgestreifte) markhaltige Hornexkreszenzen mit unbegrenztem Wachstum verstehe, da ich während meiner Untersuchungen ebenfalls den Eindruck gewonnen habe, dafs die nicht papillär gebauten, aus horizontalen oder flachen Hornlamellen bestehenden, marklosen Auswüchse, die den echten Hörnern nur makroskopisch ähneln, als einfache, circumskripte Anhäufungen von Hornsubstanz — reine Keratome — von diesen getrennt werden müssen und nur den Namen falscher Hörner verdienen.

Dubreuilh (7-8) unterscheidet 1. senile und 2. multiple juvenile Cornua cutanea, deren erstere gewöhnlich vereinzelt oder in beschränkter Zahl bei älteren Individuen, letztere äufserst zahlreich auf jugendlichen Personen, insbesondere Mädchen vorkommen. Die multiplen, juvenilen Hauthörner sind äufserst selten. Bemerkenswert sind unter anderen die zwei Fälle, die Bätge (3) und Manssuroff (16) beschrieben haben. Bätges Fall betraf ein 17jähriges Mädchen, das am Bauch, Gesäfs und an den unteren Extremitäten zahlreiche Hauthörner von Stecknadelkopfgröfse bis 16 cm Länge besafs.

Manssuroff beobachtete ebenfalls an einem 18jährigen Mädchen 133 Cornua, die sich von dem Kindesalter an allmählich entwickelten.

Die von BÄTGE gegebene histologische Beschreibung seines Falles, wonach die erwähnten Hörner nur aus Hornsubstanz bestanden und keine Spur von Papillen oder Bindegewebsausläufern enthielten, ermöglicht es uns, die multiplen, juvenilen Hauthörner von den anderen senilen und echten papillären Hörnern zu trennen und dieselben in die Gruppe der falschen Hörner zu reihen. —

Nur selten bilden sich mehrere echte Hörner an einem Individuum und desgleichen nur ausnahmsweise kommen sie bei jungen Leuten vor. Eine fernere Eigenschaft der echten Hörner ist ihr unbeschränktes Wachstum. Zwar erreichen die meisten blofs eine Gröfse von ein bis zwei Zentimeter, doch können sie auch enorme Dimensionen (bis 30 cm) erlangen. An der hiesigen chirurgischen Klinik erschien am Ende vorigen Jahres ein mehr als 60 Jahre alter Bauer mit einem ca. 15 cm langen Hauthorn auf dem Rücken. Er weigerte sich, operieren zu lassen und verschwand, ehe ich ihn untersuchen konnte. Abgesehen von allem andern mufs ich daher die UNNAschen Fibrokeratome, die nur bei älteren Individuen am Halse, im Gesicht, an den Augenlidern vorkommen, aber nie eine bedeutende Gröfse erreichen, sondern nur fadenförmige kleine Auswüchse bilden, schon aus dem Grunde, dafs ihr Wachstum beschränkt ist, von den eigentlichen Hauthörnern unterscheiden und sie für eine besondere Form der echten Hauthörner betrachten.

Ich unterscheide demnach folgende Hauthörner:

1. a) Echte Hauthörner (Corne sénile). Kommen vereinzelt oder in sehr beschränkter Zahl hauptsächlich an älteren, ausnahmsweise an jüngeren Personen vor, stellen konische oder cylindrische, einspitzige Auswüchse dar, besitzen ein unbeschränktes Wachstum, sind papillär gebaut und enthalten in den suprapapillären Teilen Marksubstanz.

b) Fibrokeratome, kommen am Halse, im Gesicht und an den Augenlidern älterer Personen vor, sind feine, fadenförmige, dünne bis 1 cm lange Exkreszenzen von papillärer Struktur mit Hornmarkbildung. Sie werden nie gröfser.

2. Verhornte Warzen sind den echten Hauthörnern sehr ähnlich, unterscheiden sich aber von denselben durch eine viel unregelmäfsigere Struktur. Entsprechend ihrer warzigen Natur sind sie an ihrer Oberfläche in viele kleine Hornhöcker zerteilt, enthalten nur spärlich Marksubstanz, aber desto mehr Kerne in der Hornmasse. Sie werden nie zu ganz regelrechten, abgerundeten, glatten Hörnern, sondern bilden in ihrem späteren Entwicklungsstadium mehrspitzige gebirgsähnliche Hörner (vergl. das Horn von C. PHILIP (23) und meine Abbildung Tafel I, Fig. 2).

3. Falsche Hörner sind:

a) Auswüchse, die teils nur irrtümlicherweise Hauthörner genannt werden, wie z. B. Calli, Clavi, von abnormaler Lokalisation oder Gröfse

(vergl. den Fall von MARCUSE (17), teils tatsächlich wohl entwickelte Cornua darstellen, die aber nicht papillär gebaut sind und kein Hornmark besitzen. Hierher gehören außer den vereinzelt auftretenden Fällen auch die ähnlich gebauten:

b) multiplen juvenilen Hauthörner, charakterisiert durch massenhaftes Vorkommen an jüngeren (meist weiblichen) Individuen, zuweilen mit einer Verteilung, die an die systematisierten Nävi erinnert.

4. Schließlich abnorme Hauthörner, die sich von den bisherigen in irgendeiner Beziehung wesentlich unterscheiden. Möglicherweise gibt es solche verschiedener Art. Ich bin gezwungen, auch diese Gruppe aufzustellen, da mein Fall Nr. VI, der eigentümlicherweise aus lauter Hornmarkzellen besteht, ein Unikum bildet, das in keine Gruppe der bisher bekannten Hauthörner zu reihen ist.

Ob die warzige Veränderung der Hornbasis, die UNNA für charakteristisch hält, als das Kriterium eines echten Hornes betrachtet werden darf, mag von maßgebender Seite nach diesbezüglichen, eingehenden weiteren Forschungen beurteilt werden. Ich muß es aber betonen, daß ich Gelegenheit hatte, Hauthörner mit und ohne warzig veränderte Basis zu untersuchen. Es können sich Hauthörner auch auf früher vollkommen normaler Hautstelle entwickeln. Allerdings scheinen — wie es aus der Literatur ersichtlich ist — verschiedene Warzen ziemlich häufig als Ausgangspunkt für Cornua zu dienen. Unter den 109 Fällen von LEBERT war 27 mal eine warzige Exkreszenz als Initialveränderung zu finden. Im zweiten Falle BÄTGES bestand vor der Entwicklung der Hauthörner ein flechtenartiger Ausschlag, der sich in warzenförmige Erhebungen umwandelte, um schließlich in Cornua überzugehen. C. PHILIP (23), der in dem Dermatologicum von UNNA einen Fall untersucht und beschrieben hat, ist der Meinung, daß seinem Hauthorne an der nämlichen Stelle sicher harte Nävi vorangegangen seien und schreibt: „Die Haut zwischen den beiden Hörnern ist zum größten Teile warzig verändert und wir können in diesen Warzen wohl die Anfänge der Hauthornbildung erblicken.“

Was meine diesbezüglichen Erfahrungen anbelangt, exzidierte ich eine ca. 3 cm lange, ovale, 6—8 mm hohe, langsam und allmählich steigende warzenähnliche Exkreszenz von der Crena ani eines älteren Mannes. Makroskopisch hielt ich dieselbe für einen verhornten, harten Nävus; bei der histologischen Untersuchung ergab es sich jedoch, daß es sich um ein flaches Cornu cutaneum handelte, das sich über verlängerte Papillen auf verdicktem, akanthotischem Epithel (schmale, suprapapilläre Stachelschicht) mit einem verschieden gestalteten, dünnen Leistennetz erhob, aus parakeratotischer Hornsubstanz bestand und stellenweise eine allerdings spärliche Markraumbildung zeigte.

Es waren wohl Epithelnester, Nävuszellenhaufen in der Cutis nicht vorhanden, trotzdem war aber die Beschaffenheit der Geschwulst sowohl klinisch, wie histologisch derart warzenförmig, daſs man es hier vielleicht doch mit einer verhornten Warze zu tun hat, aus der ein Hauthorn geworden ist.

Nun untersuchte ich aber eine klinisch positiv als Verruca vulgaris geltende Warze von dem Handrücken eines 15jährigen Knaben (vergl. Tafel I, Fig. 2), der angab, schon seit einem Jahre zahlreiche solcher Warzen an der Hand zu besitzen, die aber spontan verschwunden sind. Eine derselben bestand seit einem Jahre, trotzdem sie bereits öfters geätzt wurde, während die übrigen spurlos verschwanden. Dieselbe war eine ganz typische, gewöhnliche Warze, Verruca vulgaris von 7 mm Durchmesser und ebensolcher Höhe; sie hatte eine kreisrunde, weichere Basis und einen verhornten oberen Teil, dem noch zwei oder drei kleinere gebogene Hörnchen anhafteten. Der histologische Befund ist folgender: Auf gewuchertem, dichtem, von Leukocyten und Plasmazellen reichlich infiltriertem Bindegewebe erstreckt sich ein sehr mannigfaltig gestaltetes, akanthotisches Epithel mit langen, schmalen Leisten, die alle von der Peripherie nach dem Zentrum gebogen sind. Die Stachelschicht besteht aus sehr dichten, kleinen Stachelzellen, über welchen viele Reihen von Körnerzellen folgen. Die Papillen sind alle verlängert, aber äuſserst schmal, und verlaufen — um mich des Ausdruckes von Unna zu bedienen — wie „gespreizte Finger“ vom Zentrum nach allen Seiten, während die mittleren Epithelleisten derart zusammengeschnürt sind, daſs ihre untere Grenze in Form eines nach unten konvexen Bogens etwas in die Cutis eingesenkt ist. Die Neubildung erhebt sich an den Rändern steil und schroff, obzwar eine Verdickung der Epithelschichten schon an der Umgebung allmählich wahrnehmbar ist. Über den Papillen befindet sich eine sehr unregelmäſsige Anhäufung von teils kernloser, teils kernhaltiger Hornsubstanz, bestehend aus entweder kompakten oder siebartig durchlöcherten Partien und schmalen, suprapapillären, stellenweise hornmarkhaltigen Säulchen.

Wir haben also hier einen Fall vor uns, wo sich auf einer Verruca vulgaris ein markhaltiges — also echtes Horn — entwickelt hat. Nun könnte man leicht in den Fehler verfallen, aus diesem Fall darauf zu schlieſsen, daſs sich aus verhornten Warzen typische Hauthörner bilden können. Ich muſs es aber erklären, daſs ich die eben beschriebene Geschwulst trotz ihrer geschilderten Eigenschaften nicht für ein echtes Horn, sondern eben für eine verhornte Warze halte. Dazu bewegen mich zwei Umstände; es fand und beschrieb nämlich:

a) Dubreuilh (s. Pratique dermatologique: Corne cutanée) eine der Unnaschen Markraumbildung analoge Veränderung über den Papillen der

Verrucae vulgares, welchen Befund ich mehrmals bei Untersuchung von gewöhnlichen Warzen bestätigen konnte, so dafs die Markraumbildung allein nicht mehr genügt, um die Diagnose eines echten Hauthornes zu bestimmen. Die Marksubstanz ist zwar charakteristisch für letztere, sie kommt aber zuweilen auch in den suprapapillären Teilen der Warzen vor.

b) Derartige verhornte Warzen unterscheiden sich von echten Hauthörnern ihrem Ursprunge gemäfs schon makroskopisch dadurch, dafs sie immer mehrere, ja zahlreiche Spitzen besitzen, während letztere gewöhnlich eine glatte Oberfläche und mehr oder weniger regelmäfsige, konische oder zylindrische Formen haben. Hauthörner von höckerigem, gebirgsähnlichem, zerklüftetem Aussehen sind gröfstenteils — wenn nicht immer — verhornte Warzen.

Die Marksubstanz der Warzen ist immer sehr spärlich, nahezu rudimentär entwickelt. Zuweilen konnte ich dieselbe nur nach mehrfacher Untersuchung eines und desselben Schnittes entdecken. Nur so konnte es geschehen, dafs diese Veränderung der Aufmerksamkeit eines so eminenten Forschers, wie UNNA entging.

In seiner *Histopathologie* (S. 790) heifst es: „Niemals entwickelt sich über den Spitzen der Papillen eine Art Marksubstanz in der Warze (Verruca vulgaris) im entschiedenen Gegensatz zum Hauthorn, der wohl auf die weichere und losere Beschaffenheit der Warze zurückzuführen ist."

Nicht selten bilden sich Hauthörner aus verhornten Papillomen (s. den Fall von PICK[5] 1875) und werden den übrigen Hauthörnern ähnlich. So fand SPIETSCHKA[6] in zwei Fällen von verhornten Papillomen eine vollständige Identität im Aufbau dieser Gebilde mit seinen übrigen Cornupräparaten, die soweit ging, „dafs die betreffenden Präparate zum Verwechseln ähnlich sind." Leider erwähnt SPIETSCHKA in seiner Arbeit nichts von einer Markraumbildung, infolgedessen es fraglich ist, ob es sich um echte Hörner handelte. Ich untersuchte vor einem Jahre ein kleines, ca. 3 mm hohes verhorntes Papillom vom Penis eines jungen Mannes, fand aber bei papillärer Struktur keine Marksubstanz. Wohl ist es aber möglich, dafs ein Teil der Cornua, die am Penis wachsen, ihren Ursprung verhornten Papillomen verdanken, was schon PICK betont hat.

Manchmal entwickeln sich Cornua cutanea auf der zottigen papillären Innenwand von Epidermoidcysten, Balggeschwülsten (s. die Fälle von BERGH, FRANKE, FÖRSTER, GURLT usw.) in derselben Weise und mit derselben Struktur, wie auf der freien Hautoberfläche.

---

[5] PICK, Zur Kenntnis der Keratosen. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1875.

[6] SPIETSCHKA, Beitrag zur Histologie des Cornu cutan. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1898. Band 42. S. 52.

Sie durchbrechen gewöhnlich die Cystenwand, wachsen ungestört weiter, an der Basis von einem seichten Wall — den Überresten der Geschwulstwand — umgeben. Franke (10) untersuchte einen derartigen Fall und fand das in einem Aterom gewachsene Horn exquisit papillär gebaut.

Was ihre **Topographie** anbelangt, bevorzugen die meisten Hauthörner die Gesichts- und Kopfhaut, ferner die Genitalien und Extremitäten, demnach die den traumatischen Einwirkungen am meisten exponierten Stellen. Eine symmetrische Anordnung wurde von Marcuse (17) gefunden, der Hauthörner an den Zehen und auf den Fufssohlen einer 30jährigen Magd beobachtete, alle an Prädilektionsstellen der Hühneraugen. Es können also Hauthörner auf rein mechanischem Wege an Druckstellen hervorgerufen werden; solche sind aber gewöhnlich nur exzessive Hühneraugen, marksubstanzlose, falsche Hörner, wie z. B. die Fälle von Marcuse.

Es herrscht bezüglich der Lokalisation nicht selten eine Analogie zwischen Hauthörnern und malignen Tumoren, hauptsächlich Epitheliomen: So ist z. B. die Unterlippe und das Gesicht ein Lieblingssitz beider Geschwulstarten. Das Verhältnis der Cornua zu den Neoplasmen tritt noch mehr in dem Umstand zutage, dafs sich zuweilen an der Stelle abgestofsener Hauthörner Epitheliome oder Carcinome entwickeln.

Thibierge[7] beschrieb einen Fall, wo sich auf der Stirne einer 84jährigen Frau binnen drei bis vier Monaten ein 4—5 cm breites Cornu cutaneum auf einem schon seit längerer Zeit daselbst vorhandenen Epitheliom bildete. Unter den von Lebert gesammelten 109 Fällen wandelten sich 9 Hauthörner in Krebs um. Mein VI. Fall stellt ein Hauthorn auf sarkomatöser Basis dar. Im Musée de l'Hôpital St. Louis befinden sich zwei Moulagen von Hauthörnern, die auf altem, gröfstenteils vernarbtem Gesichtslupus entstanden sind. (Übrigens wurden schon öfters Cornua auf Narben beobachtet.) Auch bei Xeroderma pigmentosum wurde ein Hauthorn von Falcao[8] beobachtet.

Aufser den — gröfstenteils eben erwähnten — lokalen pathologischen Veränderungen, die Gelegenheit, oder den Impuls zur Hornbildung bieten können, suchen wir vergebens nach allgemeinen Ursachen, denen man eine Rolle in der Entstehung der Cornua zumuten könnte. Nach den bisherigen Untersuchungen kann es nicht behauptet werden, dafs Hauthörner bei gewissen Verhornungsanomalien, Ernährungsstörungen usw. häufiger vorkommen sollten, als bei Gesunden. Weder die circumskripten noch die universellen Keratodermien, schuppender Hautkrankheiten usw. sind imstande, einen begünstigenden Einflufs auf die Entstehung der

---

[7] *Annales de Derm. et de Syph.* 1898. S. 584.
[8] Falcao. *III. Internat. dermat. Kongrefs.* London 1896.

Hauthörner auszuüben. Die Seborrhoe wurde von Reboul[9] als ätiologischer Faktor aufgefafst, da er ein Hauthorn der Kopfhaut beobachtete, wo eine hochgradige Seborrhoea capitis bestand.

Was die Lewin-Hellerschen syphilitischen Cornua betrifft, sind dieselben nicht auf die Syphilis als konstitutionelle Krankheit zurückzuführen, sondern sie sind entweder einzelne syphilitische Effloreszenzen, welche die Form eines Hauthornes angenommen haben, oder hornähnliche Anhäufungen von Wundsekret, oder endlich gewöhnliche Hauthörner, die zufällig an einem mit Luessymptomen behafteten Individuum beobachtet worden sind. Ein solcher Fall dürfte der von Billard[10] beschriebene sein, wo am zweiten Finger eines 36 Jahre alten Mannes eine erbsengrofse Exkreszenz und am Skrotum einige syphilitische Papeln waren. Nun wäre es sehr gewagt, aus diesen zufällig anwesenden Papeln auf den syphilitischen Ursprung der Exkreszenz zu schliefsen. An der Klinik von Prof. v. Marschalkó hatte ich vor einigen Monaten Gelegenheit, ein zirka 13 Monate altes syphilitisches Kind zu untersuchen, das aufser Schleimhauteffloreszenzen an den meisten Fingern und Zehen Paronychia und Daktylitis syphilitica zeigte. An der Spitze von drei bis vier Fingern und ebenso vielen Zehen waren auf entzündlich veränderter Basis kleine, bis 1 cm hohe, gelbe, glatte, harte, konische Auswüchse zu sehen, die gewöhnlichen Hauthörnern äufserst ähnlich schienen. Doch bestand der Unterschied, dafs sie nicht längsgestreift, sondern zirkulär geschichtet waren. Schon dachte ich an die Exstirpation und histologische Untersuchung derselben, dennoch beschlofs ich es, während 24 Stunden einen Salbenverband zu applizieren, um mich überzeugen zu können, ob diese Exkreszenzen wahre Hörner oder blofs leicht ablösbare Anhäufungen von Sekret, Epithelium usw. seien. Bei Abnahme des Verbandes waren sie schon alle abgefallen, erweicht und die Basis in Form je eines Geschwürs blofsgelegt. Man hatte es also mit Pseudohörnern, oder hornähnlichen, krustösen syphilitischen Effloreszenzen zu tun.

Es wurden noch Hauthörner neben anderen infektiösen Erkrankungen beobachtet. So beschrieb Vidal[11] Cornua cutanea bei Gonorrhoe. Robert[12] publizierte fünf Fälle von Gonorrhoe mit Gelenkserkrankungen, bei denen konische oder hornähnliche Hyperkeratosen auf den Handtellern und Fufssohlen entstanden und nach einigen Monaten spontan verschwanden.

---

[9] Reboul, Trois cas de cornes cutanées. *Gazette hebdomad. de méd. et chirurg.* 66. 1897. Ref. im *Archiv f. Dermat. u. Syph.* Bd. XLVIII.

[10] Billard, Sur un cas de kératome syphilitique palmaire. *Journ. d. maladies cutanées et syph.* 1897. S. 413.

[11] Vidal, *Annales de Derm. et Syph.* 1893.

[12] E. Robert, Contribution à l'étude des troubles trophiques cutanées dans la blénorrhagie (cornes cutanées). *Thèse de Paris.* 1897.

Er hält sie für gutartige, trophische Störungen. Ich habe auf diesem Gebiete keine persönlichen Erfahrungen, bin aber der Meinung, daſs letztere keine eigentlichen Hauthörner, sondern etwa nur Schwielen (Callus, Clavus) waren, deren Entstehung man leicht auch ohne den Einfluſs der Gonorrhoe erklären kann. Wenn der Tripper derartige trophische Störungen zu verursachen imstande wäre, so müſste man bei der kolossalen Verbreitung desselben doch öfters verschiedene derartige gonorrhoische Hautaffektionen beobachten.

Meiner Ansicht nach können sich Hauthörner auch auf früher vollkommen normalen Hautstellen entwickeln; anderenteils aber gehen in einem Teile der Fälle verschiedene pathologische Veränderungen dem Entstehen der Hauthörner voran, die aber noch nicht ganz eingehend erforscht und aufgeklärt sind, weil diese Initialveränderungen gewöhnlich viel zu harmlos erscheinen, um die Aufmerksamkeit der Ärzte und Patienten gehörig auf sich zu lenken.

Der Umstand, daſs die meisten Hauthörner bisher im Gesicht, an der Kopfhaut, an der Glans und dem Präputium beschrieben worden sind, dürfte den Verdacht erregen, daſs die Hauthörner in gewisser Beziehung zur Seborrhoe stehen (Unna), da die erwähnten Hautregionen exquisit seborrhoischer Natur sind. Sicheres läſst sich freilich hierüber nicht sagen. Vielleicht beruhen die Hauthörner auf sehr verschiedenen Ursachen, die uns aber, wie bei den Tumoren überhaupt, möglicherweise für immer unbekannt bleiben.

Was nun die Frage anbelangt, ob bei der **Entstehung** derselben die Hauptrolle dem Bindegewebe oder dem Epithel zukommt, so wird der Kampf zwischen diesen beiden Ansichten auf einem etwas mehr reellen Boden geführt, da sich die Vertreter der beiden Auffassungen auf positive, histologische Befunde stützen.

Für den epithelialen Ursprung exponierten sich bisher u. a.: Auspitz, Lebert, Bätge, Unna, Dubreuilh, Baas, Mitwalsky, Giese, Jastrebow usw., während der papilläre Ursprung folgende Anhänger gefunden hat: Rindfleisch, Virchow, Förster, Pick, Berg, Franke, Schöbl, Kutscher, Spietschka, Natanson, Herxheimer und Hildebrand, Ballaban, Lagrange, Ribbert, Hessberg usw.

Es wäre zu weitläufig, wenn wir uns mit allen Arbeiten der genannten Autoren beschäftigen möchten und wir erwähnen deshalb nur einige derselben, um zu sehen, welche Motive die Forscher zu ihren Ansichten bewogen haben.

Bätge (3) fand bei einem Horn eines 60jährigen Mannes, welches sich binnen vier Wochen entwickelte, die Papillen ganz unverändert. In drei von einer 17jährigen Russin stammenden Hörnern fand er keine

Spur von Bindegewebe, die Masse der Hörner bestand ausschliefslich aus Epidermiszellen. „Zu beiden Seiten der Hörner waren sie (die Papillen) deutlich entwickelt, unter der Basis des Hornes verschwanden sie aber vollständig.“ [13] In seinem Falle C drang das Epithel sogar in die Cutis ein, mit gleichzeitiger Abflachung der Papillen, wie das bei Hühneraugen zu finden ist.

Bei diesen Befunden ist es begreiflich, dafs BÄTGE die Entstehung der Hauthörner einfach auf die einseitige Hypertrophie des Epithels zurückführt. Bezüglich seiner Fälle, die aber unserer Ansicht nach teils falsche, teils juvenile Hauthörner darstellen, mag er wohl im Rechte sein, wir dürfen es aber nicht vergessen, dafs die Frage bei einer grofsen Anzahl der Fälle, die exquisit papillär gebaut sind, nicht auf so einfache Weise zu beantworten ist. Aufserdem kommt es auch bei solchen Hörnern vor — wie wir es weiter unten erklären werden — dafs die mittleren Papillen infolge sekundären Druckes der Epithelien verschwinden und nur die seitlichen erhalten bleiben.

UNNA (31) stützte seine Theorie über den epithelialen Ursprung in sinnreicher Weise auf die Struktur der Fibrokeratome. Das Fibrokeratom, das sich stets über einem kleinen Fibromknötchen entwickelt, kommt dadurch zustande, dafs sich die Hornschicht infolge stärkerer Vermehrung und abnorm festen Zusammenhanges (Schweifsung) ihrer Zellen anhäuft und in Form von Epithelzapfen und Kolben in das zentrale Fibromknötchen von oben und von der Seite her eindringt. Demnach spielt das Epithel die primäre, aktive Rolle und das Bindegewebe verlängert sich auf rein passiver Weise sekundär zu langen Bindegewebsausläufern. Zur Entstehung eines Fibrokeratoms ist aber die Präexistenz eines Fibromknötchens notwendig. Nun möchte ich aber hier die Frage einwenden, ob von einer primären Epithelwucherung die Rede sein kann, wenn derselben schon eine Fibrombildung, d. h. eine Vermehrung des Bindegewebes vorangegangen ist?

Der schon von AUSPITZ 1870 geäufserten und von UNNA verstärkten Ansicht, dafs nämlich bei den Hauthörnern eine primäre Epithelwucherung stattfindet, der eine sekundäre, passive Papillenentwicklung folgt, schlofs sich eine Reihe von Autoren an. DUBREUILH bestätigt sowohl den histologischen Befund, als auch die Entwicklungstheorie von UNNA; während aber letzterer ganz richtig annimmt, dafs die Papillen in älteren Hörnern durch den mechanischen Druck der vermehrten Epithelien ausgeglichen und zerstört werden können, leugnet D. diese Möglichkeit. Wie schon oben erwähnt, teilt DUBREUILH die Hauthörner in papillär gebaute senile, und nicht papillär gebaute, multiple juvenile Cornua ein, hält aber beide Arten für Geschwülste primär epithelialen Ursprungs.

---

[13] *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie.* 1876. VI. S. 480.

Baas (2) publizierte einen Fall von einem Horn, das auf der Cornea des Auges einer Kuh gewachsen war, und von dem Verfasser auf Grund des histologischen Bildes, ferner, da auf der Cornea bekanntlich keine Papillen vorhanden sind, für ein rein epitheliales Gebilde gehalten wurde. Auf Grund dieses Falles negiert er den papillären Bau und die papilläre Genesis der Hauthörner. Spietschka (29) befafste sich mit diesem Fall, er fand die Exkreszens an den beigegebenen Abbildungen „exquisit papillär" gebaut und erklärt, dafs die Cornea an einer Stelle unter dem Horn pannös verändert war; „Pannus ist aber nicht mehr Cornealepithel, sondern Conjunctiva und auf dieser können sich sehr wohl Papillen und papilläre Wucherungen ausbilden."

Ein weiterer Vertreter des epithelialen Ursprunges ist Mitwalsky, der ein 4,2 cm langes Horn vom Unterlid einer 40jährigen Frau beschrieb. Sowohl aus der Beschreibung, als aus den beigefügten Abbildungen ist es ersichtlich, dafs es sich um eine papillär gebaute Exkreszenz handelte. M. hält aber die „Bindegewebssepta", die Blutgefässe mit sich führen und sichtlich zur Ernährung des Hauthornes dienen, für zu schwach, um sie „Papillen" zu nennen. Er beruft sich auf die Ansichten und Befunde von Unna, Bätge, Auspitz und gelangt zur Schlufsfolgerung: „dafs die Hauthornbildung durch aktive Wucherung und Vermehrung der Stachelzellen einer ganz circumskripten, meistens bereits früher pathologisch veränderten Hautpartie eingeleitet wird, welche in Form von Kolben und Zapfen gegen das darunter liegende Bindegewebe vordringt, die dazwischen gelegenen Bindegewebspartien in Form von Strängen und Septen transformiert und sie einschliefst, mit nachfolgender Keratinisation der Stachelzellen von der Oberfläche aus, die sich in der Mitte der Stachelzellenkolben pfropfartig nach unten bis nahe dem Fundus der Stachelzellensäulen fortschiebt, so dafs nur die den Bindegewebssträngen anliegenden und benachbarten Stachelzellen von der Keratinisation für lange Zeit verschont und frisch bleiben."

Im Gegensatze zu diesen Ansichten stehen nun viele auf dem Standpunkte papillären Ursprunges. Es sind dies Forscher, die bei Untersuchung papillär gebauter Hörner die darin befindlichen verlängerten Papillen- oder Bindegewebsstränge nicht für passive Gebilde betrachten, die infolge Raummangels und eines aktiven Hineinwachsens der Epithelzapfen in die Cutis entstanden sind, sondern sie nehmen an, dafs eine manchmal exzessive Vergröfserung der Gefäfspapillen unbedingt eine aktive Tätigkeit derselben voraussetzt. Bekanntlich äufserte sich Rindfleisch über die Genese der Hauthörner derart, dafs zum Zustandekommen eines Cornu als Basis eine Anzahl präexistierender Hautpapillen nötig sei. Seitdem sind zwar Fälle von Hauthörnern bekannt geworden, die auf Narben entstanden sind, doch wissen wir es bereits mit Bestimmtheit,

dafs sich der Papillarkörper in den meisten Narben regeneriert, ja anfangs viel bedeutender wird, als zuvor. Ich erwähne die interessanten Befunde von UNNA (s. *Histopathologie* S. 1085); er untersuchte diesbezüglich 32 Narben, die gröfstenteils vom Unterschenkel stammten (nach Geschwüren, Erythemapusteln, Ekzemen, tertiären Syphiliden) unter denen er nur acht solche fand, welche keine, oder sehr verkümmerte Papillen aufwiesen. Somit ist also die Möglichkeit gegeben, dafs papilläre Wucherungen auf Narben entstehen. Das grofse Cornu PICKS (24) vom Penis eines Psoriatikers, das aus einem verhornten Papillom entstanden ist, beruht seinem Ursprunge nach zum Teile sicherlich auf papillärer Wucherung. FRANKE (10) beschrieb ein Hauthorn, welches er in einem noch geschlossenen Aterom fand. Der Ausgangspunkt dieses ziemlich grofsen Hornes war eine bis an die äufserste Cornuspitze ragende Papille, neben welcher noch mehrere kleinere, verästelte Papillen waren Sie führten ein ganzes Netz von erweiterten Gefäfsen mit sich. In der Umgebung des Hornes befanden sich papilläre Wucherungen, wie das bereits öfters beobachtet worden ist. Seiner Ansicht nach ist die Wucherung des Bindegewebes, der Papillen und der Gefäfse die primäre Veränderung bei der Entstehung eines Hauthornes. Diese Schlufsfolgerung beruht auf dem Vorhandensein von mächtigen Papillen und Gefäfsen, auf dem zottigen, papillären Bau der Innenwand des Atheroms, ferner auf den papillären Wucherungen, die in der Umgebung des Hornes zerstreut vorkamen.

In jüngster Zeit untersuchte SPIETSCHKA (29) sieben Fälle von Hauthörnern und zwei verhornte Papillome, die er sämtlich papillär gestaltet fand. Er schreibt u. a.: „In unseren Präparaten konnten wir keine Stelle entdecken, an welcher die Epithelschläuche tiefer in das Derma eingedrungen wären, als die benachbarten, normalen Haarfollikel eingepflanzt waren. Nirgends konnten wir ein horizontal oder in anderer Richtung verlaufendss Vordringen der Epithelien in das Derma wahrnehmen, aber in den dem Derma und den Epithelien gemeinsam angehörigen Zonen hatten die Epithelien das Derma in bedeutendem Mafse verdrängt, und zwar seitlich verdrängt, aber nirgends aktiv durchwuchert, nirgends selbständige, carcinomartige Zapfen in dasselbe hineingetrieben. Ferner müssen wir es auch bei diesem Falle (VIII) konstatieren, dafs die Wucherung der Epithelien und damit die Bildung vermehrter Hornmasse über stark gewucherten Papillen beginnt, während die Verdrängungserscheinungen erst eine spätere Folge dieser Epithelwucherung darstellen.“ Von den beigefügten Abbildungen zeigt nämlich Fig. 7 ein starkes Emporsteigen der ganzen bindegewebigen Basis, welcher Umstand seine Anschauung zu bestätigen scheint.

HERXHEIMER und HILDEBRAND (12) schreiben: „Es mufs an dem

papillären Bau der Hauthörner festgehalten werden; gewiſs kann die Wucherung der Cutispapillen allein nicht ein Horn hervorbringen, sondern es gehört dazu auch eine gesteigerte Neubildung der Epithelzellen und eine gesteigerte Verhornung derselben. Diese drei Vorgänge bilden wesentliche Bedingungen für die Entstehung der Cornua cutanea und ohne Papillen kann kein echtes Horn entstehen, nicht einmal auf der Hornhaut des Auges."

Auſser den erwähnten sind nun mehrere Autoren, darunter KUTSCHER, BORST (5) und RIBBERT (25), die diese beiden entgegengesetzten Theorien vereinigen und auf dem Standpunkte stehen, daſs zur Entwicklung eines echten Hornes eine gemeinsame Hypertrophie sowohl des Epithels, als auch der Cutis gehört. So äuſsert sich z. B. BORST (S. 527 seiner Geschwulstlehre) folgenderweise: „Mag auch angenommen werden, daſs bei der Entstehung der Hauthörner eine übermäſsige Anhäufung und abnorm starke Verhornung des Epithels an der Oberfläche den Prozeſs einleitet, stets gesellt sich in kürzester Zeit ein papilläres Aussprieſsen des Bindegewebes hinzu und alle weiteren Vorgänge sind auf die gemeinsame Wucherung von Epithel und Bindegewebe zu beziehen."

Was unsere eigenen Erfahrungen anbelangt, so waren die ersten fünf (I—V) Hauthörner, die wir untersucht haben, alle papillär gebaut. Wir sahen nirgends eine einseitige Hypertrophie des Epithels, ein Eindringen der Kolben und Zapfen in die Tiefe des Corium, ein Herabsinken der Corio-Epithelgrenze unter das Niveau der Umgebung. Einen Schwund bezw. eine Abflachung der Papillen fanden wir nur in den zentralen Teilen von zwei Hörnern, wobei die seitlichen Papillen alle gut erhalten und vergröſsert waren. Wir sahen im Gegenteil, daſs die Wucherung des Epithels und die enorme Hornanhäufung seitens des Bindegewebes auf einen groſsen Widerstand stieſs, der sich hauptsächlich darin äuſserte, daſs die langen Papillen resp. die Bindegewebsausläufer bis hoch oben an der Cornuspitze zwischen gewaltigen Hornmassen ganz gut erhalten bleiben, dilatierte Gefäſse mit sich führen und derart die Ernährung des Hornes aufrechterhalten. Ferner ist es von Wichtigkeit, daſs z. B. beim Fall Nr. II das eigentliche Horn wie eine Kappe auf der erhabenen, das Niveau der Umgebung stark überragenden, bindegewebigen Basis sitzt. Das ganze untere Drittel dieser Exkreszenz besteht aus lauter gutgenährtem Bindegewebe, das sich gewiſs auf aktive Weise so hoch aufgetürmt hat. Hier besteht also seitens des Corium mehr als ein Widerstand dem Epithel gegenüber; es muſs hier demnach eine aktive Rolle, eine selbständige Vermehrung der bindegewebigen Basis angenommen werden.

Allerdings sind die exzessiv verlängerten Papillen, namentlich in den höheren Regionen, verhältnismäſsig sehr dünn; das ist jedoch bei der starken Epithelwucherung und dem Drucke der Hornmassen nur begreiflich.

Wenn die in den Hörnern befindlichen Papillen derart zustande kommen würden, daſs die Oberhaut infolge primärer Wucherung in das Bindegewebe hineinwächst und auf diese Weise verschiedene Bündel des Corium zwischen die Epithelzapfen einschlieſst, so würden aus diesem Vorgang einerseits sehr verschieden gestaltete, andererseits ganz unregelmäſsig verlaufende Papillen resultieren. Es wären Papillen zu finden, die an gewissen Stellen stärker als sonst zusammengeschnürt sind, d. h. sie haben ihren Breitendurchmesser, dem unregelmäſsigen Seitendruck entsprechend, vielfach verändert. Ferner wären diese Bindegewebsstränge nach allen möglichen Richtungen hin verzerrt. Trotzdem aber finden wir, daſs der allergröſste Teil der Papillen auffallend regelmäſsig, und zwar senkrecht emporsteigt. Es sind meistens nur die seitlichsten Papillen nach auſsen gerichtet. Dieser, trotz der schwierigen Raumverhältnisse sich entfaltende Drang nach oben, dürfte auch auf aktive Bindegewebstätigkeit zurückgeführt werden.

Der gröſste Teil der echten Hauthörner ist an der Oberfläche längsgestreift; diese longitudinalen Rippen entsprechen den suprapapillären Hornsäulen. Die falschen oder juvenilen Hauthörner, die nicht papillär gebaut sind, sondern nur aus Hornsubstanz bestehen, sind im Gegenteil meist glatt oder zirkulär gestreift. Für die Annahme eines papillären Ursprunges sprechen also folgende Umstände:

Das Vorhandensein von langen Papillen im Hornkörper, Wucherung der bindegewebigen Basis, Erhöhung derselben über das Niveau der Umgebung derart, daſs die Corio - Epithelgrenze unter dem Horn einen nach oben konvexen Bogen beschreibt; senkrechter Verlauf der verlängerten Papillen und Längsstreifung an der Auſsenfläche des Hornes. Diese Veränderungen können wir in den meisten Fällen echter Hauthörner (Fall VI kann nicht einbegriffen werden) mehr oder weniger bemerken.

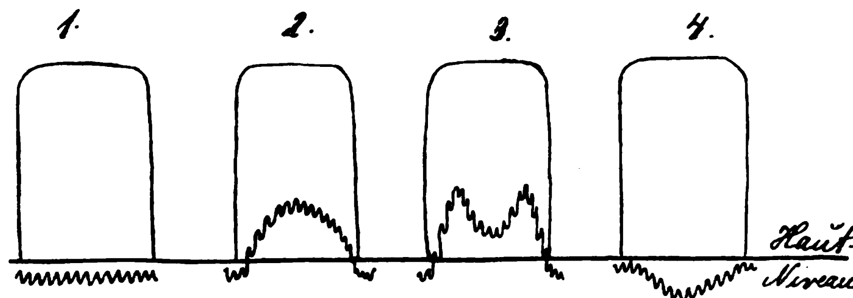
Die Genese der Hauthörner kann natürlich am besten an ganz jungen Geschwülsten studiert werden, wie das schon mehrfach hervorgehoben wurde. In unserem V. Fall befand sich, umgeben von anderen Hornhöckern, eine ganz kleine, ca. 1 mm hohe, dünne Hornexkreszenz, die man infolge ihrer Beschaffenheit und ihrer Marksubstanz mit Recht als ein junges, aber typisches Cornu cutaneum auffassen muſs. Dieselbe besteht aus einer schmalen Hornsäule (s. Tafel I, Fig. 3), die auf einer einzigen Papille sitzt, welche den Eindruck macht, als ob an dieser Stelle das Epithel samt der Cutis in Form eines spitzen Winkels nach oben hinausgedehnt worden wäre. Diese Erhebung der bindegewebigen Hornbasis über das Hautniveau ist angesichts der kleinen Dimensionen der ganzen Geschwulst eine bedeutende. Das darauf sitzende Hornsäulchen, das in den mittleren Teilen schöne Markzellen enthält, ist im Gegenteil verhältnismäſsig sehr klein und schwach. Man stelle sich eine relativ groſse Pyra-

mide aus Epithel und Bindegewebe vor, an deren Spitze sich ein verhältnismäſsig kleines, schmales Hornsäulchen erhebt, welch letzteres aber schon zu einem regelrechten, markhaltigen Hauthorn differenziert ist. Das ganze Hörnchen erreicht kaum die Höhe von 1 mm.

Kann man in diesem Falle an eine primäre oder einseitige Wucherung des Epithels resp. der Hornschicht und an ein passives Verhalten des Bindegewebes denken? Keineswegs. Woher hätte das kleine Horn die nötige Zugkraft, um solche gewaltige Formveränderungen in den darunter befindlichen Hautschichten hervorrufen zu können? Ein Blick auf die Abbildung dieses winzigen Hornes genügt, um uns davon zu überzeugen, daſs hier von einer primären oder einseitigen Epithelwucherung keine Rede sein kann. Um die horizontale Oberhaut in einem derartig spitzen Winkel zu halten, gehört eine beträchtliche mechanische Einwirkung und könnte nur von einem groſsen Hauthorn infolge seitlichen Hineinwachsens des Epithels in die Tiefe des Corium durchgeführt werden, wodurch dann ein ähnliches, papillenartiges Gebilde aus dem Corium abgeschnürt werden könnte.

Da nun aber hier diese Bedingungen fehlen und nur ein kleines Hörnchen vorhanden ist, das zur Erzielung bedeutender dynamischer Effekte eo ipso unfähig ist, so muſs angenommen werden, daſs die Faltung der Oberhaut und infolgedessen das Zustandekommen einer erhabenen, papillenförmigen Basis auch auf einer aktiven Tätigkeit der Cutis beruht. Ob diese Aktivität des Bindegewebes eine primäre oder eine mit der Hyperkeratose gleichzeitige sei, läſst sich nicht leicht beurteilen. Zur definitiven Beantwortung dieser Frage wäre die Untersuchung entweder zahlreicher oder noch jüngerer Hörnchen notwendig.

Auf Grund dieses sehr lehrreichen und charakteristischen Falles, sowie aus meinen übrigen Fällen und dem eingehenden Studium der diesbezüglichen Literatur bin ich zur Anschauung gelangt, daſs das Bindegewebe in der Überzahl der Fälle von echten Hörnern eine aktive Rolle spielt.



Schema für den Verlauf der Corio-Epithelgrenze in Hauthörnern.

Der Verlauf der Corio-Epithelgrenze ist bei Bestimmung der Genese des Hornes von groſser Wichtigkeit, trotzdem dieser Umstand bis jetzt

wenig berücksichtigt wurde. Diese Grenze kann nämlich (s. Abbild.) nach vier Typen verlaufen: Fig. 1. Entweder bleibt sie im Niveau der umgebenden Haut, oder Fig. 2 sie erhebt sich in einem Bogen, oder Fig. 4 sie kann sich nach unten vertiefen. Fig. 3. Eine Kombination der beiden letzten Konfigurationen ist derjenige Fall, wenn die Linie an beiden Seiten steil hinaufschiefst, in den mittleren Teilen aber sich kesselförmig in Form eines Halbkreises vertieft. Je nachdem der eine oder andere Typus vorhanden ist, kann man auf mehr epithelialen oder mehr bindegewebigen Ursprung schliefsen. Das Hinabsinken der Grenze zwischen Corium und Stachelschicht deutet z. B. auf eine gröfsere Aktivität des Epithels. Die Erhöhung derselben dürfte auf die stärkere Wucherung der bindegewebigen Basis zurückgeführt werden.

Untersuchen wir nun unsere Fälle nach dieser Richtung hin, so finden wir den Typus 1 bei unserem III. Fall (das gröfste und massivste von unseren Hörnern). Unser II. Fall ist nach Typus 2 erbaut: die Grenzlinie beschreibt einen hohen Halbkreis weit über das Hautniveau. Hierher gehört auch das oben beschriebene winzige Hörnchen von Nr. V. Der I. und IV. Fall zeigt endlich das unter Typus 3 bezeichnete Verhältnis. An beiden Seiten erhebt sich die Epithel-Coriumgrenze über schlanken Papillen fast senkrecht, um in der Mitte des Hornes wieder rasch nach unten kraterförmig herabzusinken. Dieser Krater enthält die miteinander verschmolzenen mittleren Epithelzapfen, eine sekundäre Veränderung derselben, welches den Typus 2 zu 3 umwandelt.

Keines unserer Hauthörner zeigte den Typus Nr. 4; es kam also bei keinem zu einer absoluten Vertiefung der genannten Grenzlinie. Diese war nur einmal horizontal, d. h. weder erhöht, noch vertieft, und viermal über die Umgebung erhöht. Da aber die Papillarschicht bei einseitiger Epithelwucherung unbedingt unter das Niveau der Oberhaut gedrückt würde, was wir aber bei keinem unserer Fälle wahrnehmen konnten, so erblicke ich in diesem Umstand einen weiteren Beweis dafür, dafs sich das Bindegewebe, wenigstens in unseren Fällen, bei der Entwicklung des Hornes aktiv beteiligt und keine passive Rolle spielt. Damit soll nicht etwa gesagt sein, dafs die Aktivität des Corium auch die primäre sei; ich wende mich nur gegen die Auffassung, die jede aktive Teilnahme des Bindegewebes im Aufbau des Hornes in Abrede stellt, und bin der Meinung, dafs hier beide Faktoren — Epithel und Bindegewebe — eine gleichzeitige Aktivität entfalten. In den späteren Stadien der Hauthornentwicklung wird allerdings die Hypertrophie der Hornschicht allmählich immer stärker, der Widerstand des Bindegewebes relativ schwächer; ferner verschmelzen manchmal die mittleren Epithelleisten durch Ausgleichung der papillären Epitheleinschnitte miteinander, rücken langsam gegen die Basis hinab und können schliefslich in alten Hörnern zu Ver-

drängungserscheinungen führen, welche dann fast jede Spur der früheren Bindegewebswucherung verwischen können. Dafs das Bindegewebe mit der Zeit vor dem Epithel zurückweichen mufs, das findet seine Ursache einesteils im Druck der grofsen Epithelmassen, anderenteils in der Härte der Hornsubstanz.

Aus unseren Untersuchungeu und Erfahrungen geht es hervor, dafs wir keine zwingenden Beweise haben, um eine primäre Epithelwucherung anzunehmen. Ebenso ist es mit der primären Bindegewebswucherung, deren Annahme auch gewagt wäre. Das fertige Hauthorn besteht gröfstenteils aus hypertrophischem Epithel und fest zusammenhaftenden Hornmassen. Die Epithelwucherung ist also eine conditio sine qua non. Was das Bindegewebe anbelangt, so haben wir in der vorliegenden Abhandlung uns bemüht, alle diejenigen Beweise zu liefern, die die Annahme aktiver Bindegewebstätigkeit bei der Entstehung der echten Hörner rechtfertigen. Bezüglich der Frage, welcher nun von beiden Faktoren die primäre Rolle spielt, stützen wir uns auf das kleine Hörnchen vom Fall Nr. V, welches uns zu beweisen scheint, dafs **im frühesten Anfangsstadium sowohl das Epithel, als das Bindegewebe aktiv mitwirkt.**

Auf Grund des Gesagten stellen wir uns folgendermafsen die Entwicklung des echten Hauthornes vor (nebenbei bemerkt, dafs wir das Anfangsstadium von dem Stadium der Entwicklung unterscheiden): An irgendeinem Teile der Haut beginnt über einigen Papillen eine circumskripte Akanthose und Hyperkeratose, womit gleichzeitig das Corium an dieser Stelle zu wuchern anfängt und die darüber befindliche Epidermis mehr oder minder über das Niveau der Haut erhebt. Währenddem die Papillen des erwähnten Gebietes heranwachsen, hält die Hyperkeratose an, die solcherweise produzierten Hornlamellen lösen sich aber nicht ab, sondern sie häufen sich zufolge einer eigenartigen, abnormen Kohäsionsfähigkeit zu einer im allgemeinen kernhaltigen Masse, worin mehr kompakte suprapapilläre und mehr lockere interpapilläre senkrechte Streifen zu unterscheiden sind. In einigen der suprapapillären Teile erscheinen bereits im frühesten Stadium aus eigentümlichen, grofsen, homogenen Zellen bestehende senkrechte Reihen, die man Markräume nennt. Die homogenen Markzellen kommen infolge einer Degeneration, Nekrobiose und Imbibition der die Papillenspitzen umgebenden Stachelzellen solcherweise zustande, dafs die Zellen anfangs körnig oder derb gestreift, gefasert werden, dann wird der Zellkern brüchig und verschwindet oder er wird seltener an den Zellrand gedrängt und verflacht. Später schwillt eine solche kranke Epithelzelle an, sie verliert die Stacheln, wird scharf abgegrenzt, ihre Protoplasmakörner werden stets kleiner, bis endlich die ganze Zelle sich zu einem grofsen, mächtigen (die ursprüngliche Gröfse

zwei- bis drei- bis zehnmal übertreffenden), vollkommen homogenen, scharf geränderten, rundlichen Gebilde umgestaltet. Diese ziehen dann in einfachen oder mehrfachen Reihen vom Kopfe der Papillen bis an die äufserste Spitze des Cornu. Später ist zuweilen eine sekundäre Veränderung an ihnen zu merken: sie verschmelzen an einigen Stellen zu einem dunklen, ungeformten Stoff.

Mittlerweile werden die Papillen sehr gedehnt, einzelne erreichen eine aufserordentliche Länge. Die Blutgefäfse des Corium werden erweitert (die Drüsen eventuell hypertrophisch), in dem Papillarkörper, aber auch weiter unten, tritt eine zellige, meist plasmazellige Infiltration auf, die bis in die Papillen reichen kann. Die zellige Infiltration des Bindegewebes kann bereits anfangs auftreten und ist zu Beginn wahrscheinlich als eine selbständige Veränderung anzusehen. Es kann sich jedoch später infolge der mechanischen Insulte, denen das Horn ausgesetzt ist, auch sekundär vermehren und kann infolge der ständigen traumatischen Einwirkung zu mächtigen Plasmomen werden. Desgleichen sind auch die in dem Corium und in den Papillen oft anwesenden beträchtlichen Blutungen auf äufsere Einwirkungen zurückzuführen, die um so leichter zustande kommen können, indem auf dem schwachen basalen und papillären Bindegewebe eine starre, harte Hornmasse lastet. Die Erhebung der bindegewebigen Basis über das Niveau hält bei einer gewissen Stufe inne und von da an verbleibt entweder das Verhältnis zwischen derselben und dem Epithel, oder aber die Wucherung des letzteren überragt diejenige der vorigen und das Epithel, und mit demselben das ganze Horn beginnen nach abwärts gegen das Bindegewebe zu wachsen. Diese Überhandnahme des Epithels auf Kosten des Bindegewebes kann eine gleichmäfsige sein, meist kommt sie aber blofs in den mittleren Teilen zur Geltung und demzufolge kann die corio-epitheliale Grenze, die sich zu beiden Seiten hoch erhebt, in der Mitte kraterförmig einsinken, und mit der Zeit kann die ganze Grenzlinie auf das normale Niveau zurückkehren; einzelne sehr gedehnte Papillen können zufolge des Druckes der Hornmasse nahezu verschwinden, demgegenüber können zentrale Epithelleisten zusammengedrückt werden und mit der Zeit miteinander verwachsen. Das ist die Ursache dessen, dafs an älteren Cornua die Entwicklungsverhältnisse nicht genau studiert werden können, resp. es können sichere Schlufsfolgerungen in bezug auf den Ursprung nicht gezogen werden. **Anfangs erregt die gemeinsame und gleichzeitige Funktion sowohl des Coriums, als des Epithels die Hornbildung, später gerät aber die Rolle des Bindegewebes in den Hintergrund und das Epithel herrscht über die lokalen Verhältnisse.**

Es kann vorausgesetzt werden, dafs in der Entwicklung und Ernährung des Hornes gewisse Perioden, Pausen und Abstufungen zustande kommen, wenigstens weist darauf jener Umstand hin, dafs in dem Horne auch

in senkrechter Richtung Verschiedenheiten zu merken sind: es sind nämlich von unten nach oben teils in bezug auf die Kolorierung und Festigkeit, teils auch bezüglich der Gröfse des Kerngehaltes Differenzen wahrzunehmen.

Der Verhornung widerstehen sehr lange diejenigen Epithelschichten, die die gedehnten Papillen umgeben, doch verfallen sie meistens mit der Zeit der Keratinisation; das Bindegewebe solcher gedehnten Papillen kann später durch den Druck der anliegenden Hornmassen aufs Minimum reduziert werden und ist dann später an diesen Stellen kaum mehr als ein dichter Hornstreifen zu sehen.

Was endlich das Wachstum und hauptsächlich die Erweiterung des Hornes anbelangt, so geht das unserer Ansicht nach viel einfacher von statten, als es sich viele (z. B. Mitvalsky, Lagrange u. a.) vorstellen. Wenn sich irgendwo ein Hauthorn entwickelt, so gehen infolge bedeutender Wucherung des Epithels und zufolge der weicheren Beschaffenheit der Cutis einige Papillen zugrunde, da die nach abwärts strebenden Epithelfortsätze die eine oder andere Papille zum Verschwinden bringen. Die gebliebenen, verlängerten Papillen werden vom Epithel gedeckt, indem es an denselben zu beiden Seiten auf und ab steigt, die Spitze der Papille umgehend. Die Dichtigkeit der basalen Zellreihe weist eine lebhafte Epithelproliferation auf. Die vermehrten Epithelzellen und die von denselben produzierte Hornmasse häufen sich seitwärts an den Seiten der Papillen an und vergröfsern dadurch den Durchmesser der zwischen ihnen befindlichen Hornsäulen; da jedoch dieselben infolge Raummangels und wegen der benachbarten Papillen seitwärts nicht lange anwachsen können, kann die untere Grenze des Epithels von der produzierten Hornmasse etwas nach abwärts gedrängt werden; aufserdem weicht die interpapilläre Hornsubstanz nach oben aus, demzufolge das Horn nicht blofs verdickt wird, sondern sich auch der Länge nach vergröfsert, was übrigens durch die Vermehrung des über den Papillarspitzen befindlichen Epithels gefördert wird.

Endlich noch ein Wort über die Benennung dieser Geschwülste. Nachdem wir jetzt genau definierte Gruppen der Hauthörner unterscheiden, von denen die zwei wichtigsten die der echten und falschen Hörner sind, ist es bei der histologischen Verschiedenheit dieser zwei Arten selbstverständlich, dafs der alte Name Cornu cutaneum in wissenschaftlicher Hinsicht nicht mehr ausreicht. Andererseits ist es aber schwierig und vielleicht auch unerwünscht, alte, allgemein verbreitete Namen mit neuen zu ersetzen. Ohne im geringsten diese Absicht zu hegen, möchte ich nur bemerken, dafs unter allen Benennungen für die echten — also papillären — Hauthörner der Name „Fibrokeratom“, für die falschen die Bezeichnung „Keratom“ am meisten zutrifft, da diese Ausdrücke Unnas auf der histologischen Beschaffenheit beruhen und jeden Zweifel

über die Struktur der betreffenden Geschwülste ausschliefsen. Nur müfste man in diesem Falle die ursprünglichen Fibrokeratome UNNAS, die eine selbständige Gruppe der echten Cornua bilden, als filiforme Fibrokeratome von den übrigen trennen.

Zum Schlufs ist es meine angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef, Herrn Prof. v. MARSCHALKÓ, für die Unterstützung und gütige Überlassung des Materials meinen Dank auszusprechen.

Tafelerklärung.

Tafel I.

Fig. 1. Schnitt von der Nasenhaut einer 65jährigen Frau, mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt. Vergr.: LEITZ Oc. 1, Obj. 2. Siehe im Text Fall Nr. V. Über den Papillenspitzen erheben sich zahlreiche Hörnchen, von denen einige (a, b), markhaltig, die meisten aber marklose einfache Hornanhäufungen sind. In der Papillarschicht dichte Plasmome, weiter unten grofse Talgdrüsen im normalen Corium.

Fig. 2. Schnitt aus der Hälfte einer verhornten gewöhnlichen Warze. Färbung nach APÁTHY. Vergr.: LEITZ Oc. 1, Obj. 2. Siehe Text S. 64. Verdickte, akanthotische Stachelschicht mit langen, gegen das Zentrum gebogenen Epithelzapfen und (Str. gr.) äufserst stark entwickelter Körnerschicht. Über der Stachelschicht befindet sich die ganz unregelmäfsige Hornmasse, in welcher man hier und da Spuren von Marksubstanz (M) wahrnehmen kann.

Fig. 3. Ist dieselbe Stelle, die in Fig. 1 mit b bezeichnet ist. Vergr.: LEITZ Oc. 1, Obj. 4. Ein winziges, echtes, markhaltiges (M) Hauthorn auf einer breiten, zugespitzten, epithelialen Basis, über einer papillenartigen Verlängerung der Cutis. T = Talgdrüse, P = Plasmazelleninfiltration.

Tafel II.

Fig. 4. Darstellung des Falles Nr. II. (Siehe S. 4.) Echtes Hauthorn, gefärbt mit Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: LEITZ Oc. 1, Obj. 2. Auf dichtem, von Plasmazellen reichlich infiltriertem Bindegewebe, welches hoch über die Umgebung emporsteigt, erhebt sich das Horn. Die Stachelschicht, deren Zapfen verlängert sind, schiefst zu beiden Seiten steil hinauf, um sich in der Mitte wieder kesselförmig zu vertiefen. In der Hornmasse lange Marksäulen (M).

Fig. 5. Aus Fig. Nr. 4. Eine suprapapillare Hornsäule mit den charakteristischen grofsen, abgerundeten, homogenen „Markzellen“, die keinen Kern, sondern nur winzige Körner, Chromatinbröckel, enthalten. Vergr.: LEITZ Oc. 3, Obj. 4.

Fig. 6. Fall Nr. VI. Siehe S. 942. Vergr.: 1:6. Färbung nach APÁTHY. Abnormes Hauthorn, welches auf einem von Epithel (E) umgebenen Sarkom (S) sitzt und aus lauter „Marksubstanz“ besteht.

Fig. 7. Ein Teil desselben Präparates bei stärkerer Vergröfserung (LEITZ Obj. 6, Oc. 3), und zwar entspricht diese Abbildung ungefähr der Stelle, die in der Figur 6 mit E bezeichnet ist. Man sieht die leistenlose Stachelschicht, in deren mittleren Teilen einige Stachelzellen ein bis zwei runde Hornkügelchen enthalten, welche weiter nach oben immer zahlreicher und gröfser werden, so dafs die betreffenden Stachelzellen gänzlich verschwinden und an ihrer Stelle grofse, ovale, homogene „Hornmarkzellen“ entstehen. Die Bildung letzterer geschieht aber auch derartig, dafs viele Stachelzellen ihre Stacheln und Kerne verlieren, faserig, grobkörnig werden. Später wird ihre körnige Beschaffenheit immer feiner und undeutlicher, bis das Protoplasma vollständig homogen geworden ist.

Fig. 8. Vergr.: LEITZ Oc. 1, Obj. 1/12 Ölimmers. **Eine höhere Stelle desselben Materials. Zwischen den grofsen Markzellen befinden sich die noch erhaltenen Epithelkerne, ferner faserige Bündel, die von dem Spongioplasma zugrundegegangener Stachelzellen herrühren.**

Literatur.

Register der im Original benutzten Abhandlungen und Lehrbücher.

1. AUSPITZ, Über das Verhalten der Oberhaut und Papillarschicht. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1870.
2. BAAS, *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. VIII. Nr. 8 u. 9.
3. BÄTGE, Zur Kasuistik multipler Keratosen. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* 1876.
4. BILLARD, *Journal des maladies cutanées et syphil.* 1897. S. 413.
5. BORST, Die Lehre von den Geschwülsten. Wiesbaden 1902. Bd. II.
6. BERGH, Fälle von Hauthörnern. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1873.
7. DUBREUILH, III. intern. Kongrefs für Dermatologie und Syphilis in London 1893.
8. — Des hyperkératoses circonscrites. *Annales de dermatologie.* 1896.
9. — Corne cutanée. *Pratique dermatologique.* 1900.
10. FRANKE, Über das Atherom . . . . nebst einem Anhang: Über Hauthörner . . . . *Arch. f. klin. Chir.* 1887. Bd. XXXIV.
11. H. v. HEBRA, Die krankhaften Veränderungen der Haut. Braunschweig 1884.
12. HERXHEIMER und HILDEBRAND, Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und . . . . LUBARSCH-OSTERTAG. VII. Jahrg. 1900—1901. S. 364.
13. JOSEPH, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1900.
14. KAPOSI, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1899.
15. LESSER, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1900.
16. MANSSUROW, Klinische Sammlungen für Dermatologie und Syphiligraphie. Autoreferat. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1890.
17. MARCUSE, Zur Kenntnis der Hauthörner. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1902. Bd. 60.
18. MITWALSKY, Beitrag zur Kenntnis der Hauthörner der Augenadnexa. *Arch. f. Dermat. u. Syph* 1894.
19. NATANSON, Cornu cutaneum palpebrae. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1899.
20. NEISSER-JADASSOHN, Hautkrankheiten. SCHWALBE-EPSTEIN, Handbuch der praktischen Medizin. 1901. III. 2.
21. OBTULOWICZ, Ein Fall von Hauthorn. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1886.
22. PASINI, Sulla istologia e sulla patogenesi del corno cutaneo. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1902. Fasc. 3.
23. PHILIP, Zur Histologie des Hauthorns. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. 39. Nr. 11.
24. PICK, Zur Kenntnis der Hauthörner. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1875.
25. RIBBERT, Geschwulstlehre. Bonn 1904.
26. RINDFLEISCH, Lehrbuch der pathologischen Gewebslehre. 1875.
27. SCHÖBL, Über einige seltene Keratome des Auges. Verhandlungen der böhmischen Akademie. I. Jahrg. II. Klasse. 1892.
28. — Vorläufige Richtigstellung der gegen meine Arbeit über Cornua cutanea gerichteten Angriffe MITWALSKYS. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1894. Bd. XXIX.
29. SPIETSCHKA, Zur Histologie des Cornu cutaneum. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1898.
30. THIBIERGE, Corne epithéliomateuse très volumineuse de la région frontal chez une femme agée. *Annales de dermat.* 1898.
31. UNNA, Das Fibrokeratom. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* 1880.
32. — Histopathologie der Haut. Berlin 1894.

Zur Analyse der Hauthörner.

Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit von v. VERESS.

Von

P. G. UNNA.

Mit 4 Figuren im Text.

Die sorgfältige und objektive Erörterung der Pathogenese der Hauthörner durch v. VERESS in der vorhergehenden Abhandlung wird wohl jeden Leser befriedigen und sicher zur Klärung dieser immer noch sehr strittigen Frage beitragen. Viel ist in dem Streit der Anhänger der epithelialen und der papillären Theorie schon gewonnen, wenn die Beteiligten sich gegenseitig besser verstehen lernen und dazu erheblich beigetragen zu haben, ist das unbestreitbare Verdienst von v. VERESS. Mir, der ich mit AUSPITZ seinerzeit die epitheliale Theorie begründete, ist jedenfalls durch diese Arbeit ein besseres Verständnis des Gedankenganges der Theoretiker des „papillaren Ursprungs" aufgegangen. Anstatt mich nun dem Autor gegenüber in privater Weise brieflich darüber auszulassen, folge ich dessen Anregung, die einschlägigen Bemerkungen anhangsweise im Anschluſs an seine Arbeit der Öffentlichkeit zu übergeben.

Um diese Bemerkungen aber nicht wieder bis zum Umfang einer selbständigen Arbeit anschwellen zu lassen, beschränke ich mich auf eine schematische Darstellung der schwebenden Frage, wie ich sie auffasse, wobei alles Selbstverständliche und nicht Strittige nicht weiter ausgeführt und nur das Strittige so kurz wie möglich glossiert wird.

I. Vorbemerkungen und Definitionen.

v. VERESS teilt die Theorien des Hauthorns ein in die des „epithelialen Ursprungs" und „papillaren Ursprungs". Bei der Erörterung der Pathogenese der Hauthörner muſs zurzeit die Frage nach der wahren Ursache derselben beiseite gelassen werden. Die letzte Ursache aller Keratosen liegt histologisch in dem bisher sehr ungenügend bearbeiteten, festeren Zusammenhalt der Hornzellen untereinander begründet[1] und ist daher noch für keine Keratose genügend aufgeklärt.

[1] Vgl. UNNA, Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. Bd. I. S. 1.

Begnügen wir uns statt dessen mit der Pathogenese der Hauthörner, so kann diese sich nur auf die Untersuchung einer lückenlosen Reihe von Entwicklungsstadien bei ein und demselben Falle stützen. Dieselbe ist daher nur möglich bei multiplen Hauthörnern, wie sie beispielsweise BÄTGE beim papillenlosen Keratom, mir beim Fibrokeratom, PHILIP beim Naevokeratom usf. vorlagen. Für die meisten Fälle von Hauthorn fehlt dieses Fundament.

Wir sind dann ausschliefslich auf Konjekturen angewiesen, die die Lücken unseres Materials auszufüllen haben. Diese stützen sich auf bestimmte Eigenschaften der Gewebsbestandteile an dem uns allein vorliegenden, fertigen Hauthorn. Wir schliefsen aus diesen Erscheinungen am fertigen Hauthorn auf vorangegangene, nicht vorliegende Stadien und damit auf die ganze Pathogenese.

Bei diesen konjekturalen Erwägungen ist vor allem der von seiten der papillaren Theorie vielbenutzte Begriff der Papillarvergröfserung[2] vorher genau zu definieren. Ich unterscheide in dieser Beziehung:

1. Ein selbständiges Papillenwachstum. Dasselbe ist ein in der gesamten Hautpathologie extrem selten vorkommender Fall und es würde überhaupt fraglich sein, wie wir ein solches definiëren sollen, wenn wir nicht in der embryonalen und postembryonalen Entstehung der Haarpapille ein physiologisches Vorbild besäfsen. Nach diesem Vorbild zu schliefsen ist eine selbständig wachsende Papille: ein kleines, kugliges, sich in das entgegenwachsende Epithel einschiebendes Gebilde, welches aus kleinen in wenig Kollagen eingebetteten Bindegewebszellen mit grofsen Kernen besteht, reichlich Mitosen und, nicht zuerst aber später, auch eine Blutkapillarschlinge enthält.

Die Bildung solcher Papillen ist bei Hauthörnern bisher nicht nachgewiesen. Abgesehen von dem Mangel einer Zellenanhäufung an der Spitze (mit Mitosen) ist hierbei die pathogenetische Anschauung stets von der Linienführung der Keimblättergrenze geleitet worden. Während bei der Haarpapille (Fig. 1) die Epithelleiste konkav eingebuchtet und sichtlich verschmächtigt ist (bei x), ist sie es bei den Akanthomen und Keratomen nicht (Fig. 2) sondern meist durchweg konvex (bei x), ausgenommen, wo eine Kapillarschlinge sich in der Spitze befindet (bei y).

2. Eine Papillarsprossung, d. h. ein Auswachsen von Tochterpapillen an einer Mutterpapille. Dasselbe ist bisher bei Hauthörnern so

[2] Vgl. hierzu meine früheren Arbeiten über diesen Gegenstand:

UNNA, Das Fibrokeratom. *Dtsche. Zeitschr. f. Chirurgie.* 1879. Bd. XII.

— Über das Keratoma palmare et plantare hereditarium. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1883. S. 231 s. besonders S. 261.

— Kapitel: Akanthome. *Histopathologie d. Hautkrankheiten.* Hirschwald, Berlin 1894. S. 788.

wenig nachgewiesen wie ein selbständiges Papillenwachstum. Die betreffenden Bilder sind auch meistens richtig als eine passive Zerklüftung des Bindegewebsstromas durch das wuchernde Epithel gedeutet.[3] Hierbei leitet wieder aufser dem Mangel einer Zellwucherung an den Spitzen der Papillen die Linienführung der Keimblättergrenze, indem der Habitus des Papillenstockes (P.) wie in Fig. 3 und nicht wie in Fig. 4 ist.

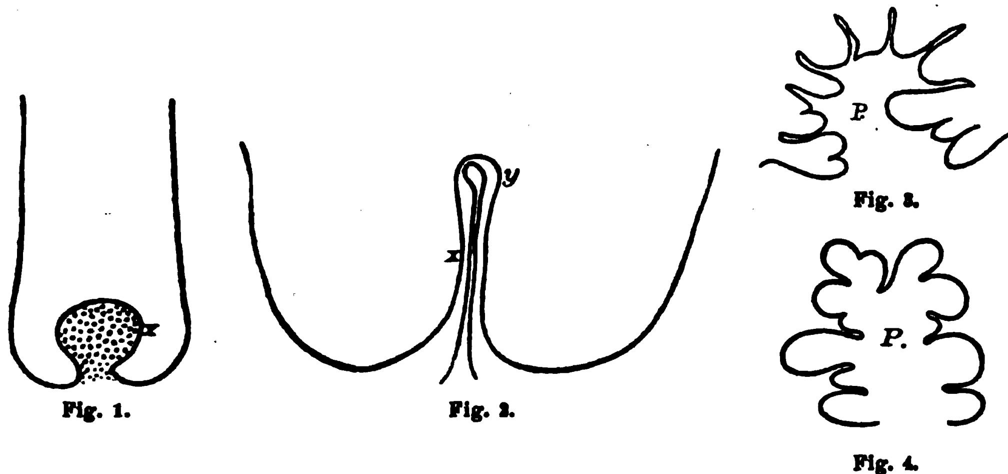


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

Solange weder ein selbständiges Papillenwachstum noch eine selbständige Papillarsprossung bei den Akanthomen und Keratomen nachgewiesen ist, ist der Ausdruck Papillom, vor dem schon VIRCHOW warnte, sinnlos und hinfällig.

3. Eine Papillenvergröfserung. Eine solche ist bei allen Keratomen und Akanthomen ein häufiges Ereignis und wird bedingt:

a) durch Deformierung.
Diese geschieht durch Einwirkung des umgebenden Epithels, aber nur einseitig und führt
 α) zu einer Verlängerung der Papillen auf Kosten ihrer Breite,
 β) zu einer Verbreiterung der Papillen auf Kosten ihrer Länge.

b) Durch Einlagerung.
Diese führt zu einer allseitigen Vergröfserung durch
 α) Erweiterung und Schlängelung der Blutkapillaren,
 β) Ödem,
 γ) zellige Einlagerungen (Plasmazellen, Mastzellen usw.).

---

[3] Vgl. hierzu besonders:

UNNA, Über das Keratoma palmare usf. S. 252 ff. und weiter:

UNNA, Kapitel: Hauthorn in der *Histopathologie der Haut.* S. 875. In Ergänzung und Erweiterung von AUSPITZS epithelialer Theorie der Keratome habe ich dort zuerst mit Nachdruck auf die Wichtigkeit gleichzeitiger Hyperkeratose hingewiesen.

Die allseitige Vergröfserung (3b) kann durch Hinzutreten von Deformierung (3a) modifiziert werden; sehr oft werden z. B. durch Deformierung einseitig verlängerte Papillen durch Einlagerung verbreitert und auf diese Weise allseitig vergröfsert.

Wie die Papillenvergröfserung einerseits durch den Druck des wachsenden Epithels, andererseits durch pathologische Einlagerung bedingt wird, so ist auch die (primäre und sekundäre) Bildung von Papillen durch die zwei Momente gegeben: Druck des wachsenden Epithels einerseits, Gegendruck (Blutdruck, Lymphdruck) des Bindegewebes andererseits. Nur wo der letztere nicht flächenhaft gleichmäfsig, sondern punktuell verschieden ist, kommt es zur Entstehung von Papillen, indem die widerstandsfähigeren Punkte (u. a. Blutkapillarschlingen) vom Epithel respektiert und einzeln umwachsen werden.

Daher können Papillen überall nur entstehen, wo wachsendes Epithel auf punktuelle Widerstände stöfst. Abwesenheit von Papillen in einem bestimmten Stadium beweist daher nicht die Abwesenheit in einem früheren z. B. bei Narben, Keratomen).

II. Histologische Beweise für Epithelwachstum und Papillenvergrößerung.

Nach diesen Vorbemerkungen können wir die histologischen Beweise für ein derzeitiges Epithelwachstum und eine derzeitige Papillenvergröfserung am vorliegenden, fertigen Hauthorn leichter richtig einschätzen. Die Beweise

1. für ein derzeitiges Epithelwachstum zerfallen in
   a) absolut beweisende:
      α) Die Epithelleisten (und -zapfen) haben konvexe Form.
      β) Die Epithelleisten (und -zapfen) dringen bis unter das umgebende Hautniveau.
      γ) Die Papillen sind teilweise durch den Andrang des Epithels verstrichen (s. auch 1. b. δ.).
      δ) Die Stachelschicht ist dick und weist Mitosen auf.
   b) relativ beweisende:
      α) Die Papillen sind zellarm.
      β) Die Papillen enthalten keine oder sehr unbedeutende Kapillaren.
      γ) Die Papillen sind nicht konvex, sondern zylindrisch oder fadenförmig gestaltet oder „kirschenförmig“, beim Vorhandensein einer Kapillarschlinge in der Spitze der Papille (s. Fig. 2).
      δ) Papillen fehlen vollständig (s. auch 1. a. γ und I, letzter Absatz).

Relativ beweisend für ein vorwaltendes Epithelwachstum sind diese histologischen Symptome, insofern sie alle zeigen, dafs die Eigenschaften

des Papillarkörpers ungenügend sind, um die Entstehung eines Tumors zu erklären.

Die Beweise

2. für eine derzeitige Papillenvergößerung zerfallen in
   a) absolut beweisende:
      α) Die Papillen haben in ihrer ganzen Länge konvexe Form (Birnform).
      β) Die Papillen sind gleichzeitig verlängert und verbreitert.
      γ) Die Papillen sind ödematös und zellig infiltriert.
      δ) Die Blutgefäße der Papillen sind erweitert und geschlängelt.
   b) relativ beweisende (in Ansehung der Tatsache, daß ein Tumor vorliegt):
      α) Die interpapillären Leisten sind konkav (säulenförmig).
      β) Die Stachelschicht ist dünn und ohne Mitosen.

Hingegen sind für eine derzeitige Papillarvergrößerung nicht beweisend:
   α) Die Verbreiterung der Papillen auf Kosten ihrer Länge.
   β) Die Verlängerung der Papillen auf Kosten ihrer Breite.
   γ) Die Verästelung der Papillen.
   δ) Eine vermehrte Zahl der Papillen.
   ε) Eine Konvexität kapillarhaltiger Papillen nur an ihrer Spitze (Kirschenform).

III. Anwendung auf die Hauthörner.

Nach den bisher vorliegenden histologischen Tatsachen und auch der von v. Veress gegebenen Zusammenfassung sprechen bei den Hauthörnern:

1. in allen Fällen für Epithelwachstum:
   a) Die Konvexität der Epithelleisten.
   b) Das tiefe Eindringen einzelner Leisten.
   c) Das Verstrichensein einzelner Papillen.
   d) Die Dicke der Stachelschicht (auf Mitosen ist bisher zu wenig geachtet).
   e) Die Faden- und Kirschenform der Papillen.
2. in einigen Fällen für Papillenvergrößerung:
   a) Die Birnform der Papillen.
   b) Ödem und zelliges Infiltrat der Papillen.
   c) Gleichzeitige Verbreiterung und Verlängerung der Papillen.
   d) Erweiterung der Blutgefäße der Papillen.

Damit sind die Hauthörner im allgemeinen definiert als:

Stark verhornende Akanthome mit oder ohne Papillenvergrößerung.

IV. Der „papillare Ursprung“ der Hauthörner.

Da die wahre Ursache der Hauthörner wie aller Keratome eine noch ungenügend untersuchte Abnormität der Verhornung ist, so kann hier unter dem Worte: Ursprung nur ein bestimmter Ort, ein bestimmter Gewebsbestandteil gemeint sein, welcher in der Reihe der geweblichen Veränderungen die Führung übernimmt, der gleichsam: das Primum movens darstellt.

Wenn diese Deutung richtig ist, so fragt sich, ob die für einen „papillaren Ursprung“ von v. VERESS angegebenen Beweise hierfür stichhaltig sind. Es werden im Verlaufe der Arbeit besonders folgende hervorgehoben:

1. Die von PICK und SPIETSCHKA beobachteten Fälle von Hauthörnern auf der Basis von „Papillomen“.

   Diese „Papillome“ haben ihre Daseinsberechtigung als echte „Papillenwucherungen“ selbst erst zu erweisen. Ich halte diese „Papillome“ für papilläre Akanthome und die aus ihnen hervorgehenden Hauthörner für papilläre Keratome.

2. Das Vorhandensein von langen Papillen im Hornkörper.

   Die Länge allein genügt nicht. Gesellt sich auch eine Verbreiterung hinzu, handelt es sich mithin um in allen Dimensionen vergröfserte Papillen, so würde damit eine Beteiligung des Papillarkörpers am Tumor erwiesen sein. Aber die Verlegung des Ursprungs, der ersten Veränderung in den Papillarkörper ist Konjektur. Sie mufs durch Entwicklungsstadien, welche die erste Veränderung im Bindegewebe aufweisen, wie ich es für die filiformen Warzen des Halses (Fibrokeratome) gezeigt habe, erwiesen werden.

3. Der senkrechte und regelmäfsige Verlauf der verlängerten Papillen.

   Derselbe spricht für eine regelmäfsige erste Anlage der Papillen und für eine ruhige, ungestörte Entwicklung des Hauthorns. Ich kann darin keinen Beweis für eine „aktive Bindegewebstätigkeit“ und einen „papillaren Ursprung“ erkennen.

4. Eine Längsstreifung an der Aufsenfläche des Horns.

   Dieses Symptom hat v. VERESS sehr glücklich in Beziehung mit dem Papillengehalt gebracht, für den es auch beweisend ist. Für einen „papillären Ursprung“ spricht dieser Umstand meiner Meinung nach nicht.

5. Die Wucherung der bindegewebigen Basis und
6. Die Erhöhung derselben über das Niveau der Um-

gebung derart, dafs die Corio-Epithelgrenze unter dem Horn einen nach oben konvexen Bogen beschreibt.

Diese beiden letztgenannten histologischen Symptome sind sehr wichtig und ohne weiteres beweisend für eine Mitbeteiligung der Cutis bei der Tumorbildung und es ist ja (— die Bestätigung der Konjektur bleibt der Untersuchung des Anfangsstadiums vorbehalten —) auch sehr wohl möglich, dafs bei vielen Hauthörnern eine fibromartige, warzenähnliche Bindegewebsgeschwulst das erste Stadium bildet, wie das für das Fibrokeratom bewiesen ist. Aber ich vermag nicht einzusehen, was diese Mitbeteiligung der Cutis und was selbst eine primäre aktive Bindegewebstätigkeit zu tun hat mit einem „papillaren Ursprung". Grade die Reihenfolge der Veränderungen am Fibrokeratom zeigt ja, dafs die langen Papillen hier ganz zuletzt kommen. Zuerst ein (wahrscheinlich aus der Haut durch Mangel an elastischen Fasern isoliertes und herausgehobenes, dann abgeschnürtes) reines Fibromknötchen, dann eine Verdickung der bedeckenden Stachelschicht, dann Hyperkeratose und nun gleichzeitig: Wucherung der Epithelleisten und Abschnürung langer Papillen. So kann es geschehen, obwohl gerade hier das Primum movens in der Cutis sitzt. Ob es in anderen Fällen anders geschieht und ob, genauer gesagt, in einem Falle zuerst allein die Papillen sich vergröfsern — und wie, das müssen eigens daraufhin gerichtete Untersuchungen erster Stadien lehren. In einer primären, aktiven Beteiligung der Cutis beim Hauthorn würde ich ohne diesen durchaus zu fordernden Nachweis noch keinen „papillaren Ursprung" des Hauthorns erblicken können.

Mit der scharfen Gegenüberstellung dieser Begriffe glaube ich etwas zur Klärung der Frage beigetragen zu haben. Ebenso, wenn ich den Wunsch äufsere, man möge in Zukunft nicht mehr Epithel und Papille als Gegensätze anführen. Der papilläre Bau setzt an der Haut stets ein aktives Wachsen des Epithels voraus; Epithelwachstum und Papillenabschnürung gehen im allgemeinen parallel. Die wirklichen Gegensätze sind Epithel und Cutis; denn nur unter Mitwirkung des Epithels wird aus der Cutis das sehr labile Phänomen des Papillarkörpers geformt.

Diesen Tatbestand scheint mir auch v. Veress durchaus anzuerkennen, wenn er zum Schlusse seiner Arbeit sagt: „Je nachdem der eine oder andere Typus vorhanden ist, kann man auf mehr epithelialen oder mehr bindegewebigen Ursprung schliefsen" — ich würde hier nur statt des Wortes „Ursprung" das Wort „Beteiligung" setzen — und wenn er weiter von einer „aktiven Beteiligung des Bindegewebes" spricht.

V. Ergebnisse.

So wenig ich anerkennen kann, dafs ein „papillarer Ursprung" des Hauthorns durch die Arbeit von v. Veress eine Stütze erhalten hat, so

sehr bin ich mit dem Autor darin einig, daſs nach seinen Befunden, insbesondere seinem Fall Nr. V, die **Mitbeteiligung der Cutis** wesentlich besser als bisher für eine Reihe von Hauthörnern gesichert ist und daſs er auch eine sehr frühe Mitbeteiligung der Cutis wahrscheinlich gemacht hat.

Andererseits glaube ich, daſs v. Veress mir zugeben wird,

1. daſs das Primum movens beim Hauthorn nur von Fall zu Fall durch Untersuchung jüngster Stadien erkannt werden kann,
2. daſs auf die Entwicklung von Hauthörnern auf der Basis von Naevi in Zukunft doch noch mehr zu achten ist,
3. daſs wir mit vereinten Kräften der letzten Frage in diesem Kapitel, nämlich der Aufdeckung der wahren **Ursache der Keratosen** in besonderen Veränderungen der die Verhornung eingehenden Zellen uns zuwenden müssen.

Antwort auf „Eine Berichtigung" von L. Nielsen.

Von

Dr. Karl Vignolo-Lutati.

Gegenüber der von Nielsen in Nr. 10 der *Monatshefte für praktische Dermatologie* vom 15. November 1907 eingesandten Berichtigung zu meiner Arbeit „Über Atrophia maculosa cutis" muſs ich bemerken, daſs ich in meinem italienischen Manuskripte geschrieben habe: „. . . . . in Anbetracht des Umstandes, daſs im Falle von Jadassohn der Sitz der Affektion ein verschiedener war und daſs ein präatrophisches papulöses Stadium fehlte, hat er (Nielsen) denselben auch als von seinem eigenen und dem Falle von Thibierge verschieden betrachtet."

Beim Durchsehen der Druckbogen der deutschen Übersetzung ist mir diese ungenaue Version jener Stelle meines Manuskripts entgangen. Ich kenne Nielsens Ansicht hierüber sehr wohl, wie dies ja zur Genüge aus meiner Arbeit „Über Atrophia maculosa cutis" (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907. Nr. 7 und 8) und einer früheren „Sul lichen plano atrofico e sulle sue relazioni colle atrofie cutanee circumscritte" (*Giornale italiano delle malattie ven. e della pelle.* 1907. Heft 1 und 11) hervorgeht.

Es handelt sich somit nicht um eine irrtümliche Interpretation von Nielsens Ansicht, sondern um eine ungenaue Übersetzung des betreffenden Passus.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. November (8. Dezember) 1907.

Originalbericht von ARTHUR JORDAN-Moskau.

1. LICHAREW stellte einen Fall von **Lupus pernio** vor. Es handelt sich um einen 16jährigen deutschen Kolonisten, welcher vor etwa 2½ Jahren die ersten Veränderungen im Gesicht bemerkt haben will. Augenblicklich zeigt der abgemagerte, blasse Patient eine derbe, ödematöse Schwellung der Lider, Infiltration und bläuliche Verfärbung beider Wangen, Geschwürsbildungen auf der Stirn, dem Nasenrücken, der Oberlippe und den Unterschenkeln; ferner Knötchen von Erbsen- bis Nufsgröfse in der Haut der Arme und Beine und diffuse Verhärtungen in den M. biceps, triceps und gastrocnemius sin. Die Schleimhaut der Mundhöhle ist infiltriert und stellenweise eitrig belegt. Von den inneren Organen ist zu erwähnen ein systolisches Geräusch, entsprechend dem ersten Herzton über der Mitralis, abgeschwächtes Atmen über den Lungenspitzen uud eine Vergröfserung der Milz. Der Urin, welcher ein spezifisches Gewicht von 1028 aufweist, enthält weder Eiweifs, noch Zucker, noch Indikan. In der Zeit vom 19. Oktober bis heute, wo Patient in Beobachtung steht, haben seine Temperaturen zwischen 38 und 40,3° geschwankt.

Die mikroskopische Untersuchung eines aus dem Arm excidierten Knötchens ergab aufser den Erscheinungen einer kleinzelligen Infiltration mit Riesenzellen in den tieferen Hautschichten nichts Besonderes, speziell keine Tuberkelbazillen. Ein Tierversuch fiel bisher negativ aus.

Bei der Blutuntersuchung fand man einen Hämoglobingehalt von 73%, 4200000 rote Blutkörperchen und etwa über 7000 weifse Blutkörperchen. Insbesondere erwies sich eine Zunahme der eosinophilen Zellen und eine geringe Poikilocytose.

Diskussion: FOKIN erkundigt sich, ob Vortragender die Entwicklung des Prozesses beobachtet hat.

LICHAREW erwidert, der Prozefs beginnt als kleines, derbes, rotes Knötchen, welches bald seine Farbe verändert, bläulich wird und langsam geschwürig zerfällt.

FOKIN fragt, ob die Veränderungen der Haut denjenigen der Schleimhaut vorangegangen sind, oder umgekehrt.

LICHAREW sagt, die Veränderungen der Schleimhäute sind später aufgetreten.

MESCHTSCHERSKI, welcher den Fall mitbeobachtet hat, vermifst die Angabe, dafs eine zweimalige Inokulation von 1% TESTschem Tuberkulin negativ ausgefallen ist.

POSPELOW, in dessen Klinik der Kranke liegt, bemerkt, dafs der eben vorgestellte Fall von Lupus pernio zu den sehr seltenen gehört und aufserordentlich an den unlängst von BRUNO BLOCH in den *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, Bd. 45, Nr. 4, beschriebenen und abgebildeten Fall erinnert. Beim Vergleich mit dem Bilde des letzteren findet sich dieselbe Neigung des Kopfes nach unten (vor Schwäche), wie dieselbe schmerzlose Schwellung der Lider, der Stirn, der Wangen und der Oberlippe. Ferner weist der vorgestellte Kranke dieselben Infiltrationen in der Haut des Gesichts und der Extremitäten, wie auch in der Schleimhaut des Mundes und in den Muskeln auf. Endlich ist auch die Milz vergröfsert und der Kranke fiebert (bis 40,3°). Er unterscheidet sich nur von dem BLOCHschen Fall durch die bis zur Muskelschicht gehenden

Geschwüre und durch das Fehlen der profusen Schweifsausbrüche. Was die Frage nach dem Ausgangspunkt des Prozesses anbetrifft, so ist Pospelow der Ansicht, dafs derselbe in der Haut, zuweilen aber auch in der Muskulatur beginnt. Das in der Tiefe der Haut sich entwickelnde, beim Anfühlen sehr derbe Infiltrat geht allmählich in die oberen Schichten über, verschmilzt mit der Hautdecke und erinnert nun an das Bild der nekrotisierenden Haut bei Tuberkuliden, wie z. B. bei den in der Moskauer dermatologischen Gesellschaft von Sabolotski und Kracht vorgestellten Fällen, welche P. als Tuberculosis cutis papulo-pustulosa bezeichnete. Auf die Nekrose folgt dann ein Zerfall, wobei das sich bildende Geschwür stellenweise bis auf die Muskelschicht hinübergreifen kann.

2. Brytschew demonstrierte eine 24jährige Kranke mit **Keratoma hereditarium palmarum et plantarum**, wobei auch die Nägel der Finger eine kolbenartige Veränderung und die Zehen Andeutung von Sclerodactylie aufweisen. In der Familie der Kranken sind noch die Mutter und zwei Brüder von demselben Leiden betroffen. Soweit B. die russische Literatur hat verfolgen können, findet sich in derselben nur noch ein ähnlicher Fall von Jordan beschrieben.

3. Bogrow führte ein 16jähriges Mädchen mit der **Recklinghausenschen Krankheit** vor. Das betreffende, in der Entwicklung stark zurückgebliebene, scoliotische Mädchen zeigt aufser kleinen pigmentierten Flecken auf dem Körper eine Unmasse von Fibromen, entsprechend dem Verlauf des rechten Ischiadicus.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Ban 88, Heft 1. November 1907.

1. **Ein Beitrag zur Histologie und Bakteriologie des Madurafufses,** von Emma Dübenderfer-Cairo. Eine 30jährige Frau hatte an der Dorsalseite der linken grofsen Zehe eine abgegrenzte Geschwulst von teils weicher, teils derber Konsistenz. Am auffälligsten aber waren die Oberflächenveränderungen, die intensiv pigmentierte Haut war von zahlreichen hirsekorn- bis hanfsamengrofsen Körnern durchsetzt, welche in den tieferen Hautlagen eingebettet erschienen. Die Hornschicht ist an Stelle der Körner scharf rund oder fransig ausgeschnitten. Die Geschwulst war im Laufe von zwei Jahren langsam gewachsen. Die Diagnose lautet Madurafufs. Der Tumor wurde exzidiert, er erschien im Durchschnitt aus einem straffen, weifsen, fibroiden Gewebe gebildet, welches von zahlreichen gelben, fischrogenartig aussehenden Körnern durchsetzt war. Impfung von den Körnern auf Agar ergab weifse, glänzende, halbkugelige, am Zentrum gedellte Kolonien, die sich überimpfen liefsen. Eine genaue histologische Prüfung bestätigte die Diagnose.

2. **Vergleichende experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Finsenschen Kohlenlichtes und der medizinischen Quarzlampe,** von Paul Multzer-Berlin. Die Untersuchungen stellen die Wirkung der Quecksilber-Quarzlampe mit der des Finsenschen Kohlenlichtes nach drei Richtungen hin im Vergleich zu einander fest und zwar:

1. Die Wirkung beider Lichtquellen auf lichtempfindliches Papier, nachdem ihr Licht verschieden dicke Gewebsschichten passiert hat;

2. ihre bakterizide Kraft unter ähnlichen Bedingungen, und

3. ihre Wirkung auf lebendes Gewebe, vor allem auf normale Haut, also die histologischen Veränderungen, die beide Lichtquellen erzeugen.

Hinsichtlich der Oberflächenwirkung ist bezüglich dieser Wirkung beider Lichtquellen kein Unterschied zu finden. Das Quarz-Quecksilber-Blaulicht braucht bei zunehmender Dicke der zu durchdringenden Gewebsschichten bedeutend längere Zeit, um lichtempfindliches Papier sichtbar zu bräunen, als das Finsenlicht. Die Forderung Finsens, bei der Behandlung mit Finsenlicht bis zur Blutleere zu komprimieren, besteht vollkommen zu Recht, und auch für die Behandlung mit der Quarzlampe mufs dieses gelten, wenn Tiefenwirkung erzielt werden soll. Die bakterizide Kraft des Quarz Quecksilberlichtes ist dem Finsenlicht weit überlegen. Während durch das Finsenlicht erst nach fünf Minuten langer Belichtung mit Sicherheit sämtliche Prodigiosusbazillen getötet sind, so ist dies durch das Blaulicht der medizinischen Quarzlampe schon nach vier Sekunden Bestrahlung zu erreichen. Eine enorme Wachstumsschwächung wird durch die Quarzlampe schon nach einer Sekunde Belichtung erzielt, während dies erst nach 80 Sekunden beim Finsenlicht der Fall ist. Das Blaulicht der Quarzlampe tötet bis zu einer Tiefe von 0,4—0,5 mm den Bacillus prodigiosus nach einstündiger Belichtung. Irgendwelche Wärmewirkung des Quarz-Quecksilberlichtes ist bei Festauflegen des Quarzfensters absolut ausgeschlossen. (Schlufs folgt.)

3. **Akute gelbe Leberatrophie im Verlaufe der sekundären Syphilis,** von Desider Veszpremi und Heinrich Kanitz - Koleszsvár. Bericht über einen letal endigenden Fall von akuter gelber Leberatrophie bei gleichzeitiger florider Syphilis. Die Leberatrophie endigte innerhalb von 12 Tagen tödlich, in den nicht exulcerierten Papeln dieser Lues maligna wurden Spirochäten in ungewöhnlicher Zahl getroffen. Die Lebererkrankung ist hier ein auf rein syphilitischer Basis entstandener Prozefs oder jedenfalls besteht zwischen beiden Erkrankungen ein enges, kausales Verhältnis.

4. **Über das Syringom (sogenanntes Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi),** von Sh. Dohi-Tokio. Dohi gibt die Krankengeschichte eines interessanten Falles von Syringom mit histologischer Untersuchung der Tumoren. Die Tumoren sind anzusehen als aus mifsbildeten oder verlagerten Schweifsdrüsenkeimen entstandene Neubildungen. Die scharfe Abgrenzung gegen die Umgebung und die von diesen abweichende Anordnung des Cutisgewebes in der Neubildung deutet darauf hin, dafs es sich um selbständig angelegte und aus sich herauswachsende, aus dem ursprünglichen physiologischen Zusammenhang ausgeschaltete, aus ektodermalen und mesodermalen Elementen bestehende Bildungen handelt.

5. **Zur Statistik der tertiären Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der voraufgegangenen Behandlung,** von Wilhelm Perls - Breslau. Über die hervorragende Wirksamkeit des Quecksilbers bei der Bekämpfung der Syphilis sind sich alle Syphidologen einig, über die beste Art seiner Anwendung sind die Ansichten noch immer geteilt, die einen halten die symptomatische Behandlung für zweckmäfsig, während die andern eine wirklich wirksame Bekämpfung der Lues nur in der chronisch-intermittierenden Behandlung sehen. Der Einflufs der Behandlung auf das Vorkommen tertiärer Erscheinungen läfst sich nur noch in der Weise feststellen, dafs man untersucht, wie viele der tertiären Syphilitiker garnicht, wie viele nach der einen und wie viele nach der andern Methode behandelt worden sind. Diese Untersuchungen stellte Verfasser an der Neisserschen Klinik an, er verwendet dabei nur solche Fälle, deren tertiär-luetischer Charakter feststand. Das Resultat dieser Arbeit ergibt folgende zwei Hauptergebnisse:

1. In der Klinik, Poliklinik und Privatpraxis waren vom 1. Januar 1901 bis 1. Januar 1907 6203 Syphilitiker in Behandlung, unter diesen befanden sich 605 Fälle

von tertiärer Syphilis, von denen 60,33% unbehandelt, 17,86% mit einer Kur, 21,42% symptomatisch und 0,66% chronisch-intermittierend behandelt worden waren. Auch diese Statistik ergibt also, daſs die Hauptursache des Auftretens tertiärer Erscheinungen in ungenügender oder völlig fehlender Behandlung der primären und sekundären Syphilis zu suchen ist.

2. Die gegen die chronisch-intermittierende Behandlung erhobenen Einwände:

a) daſs durch dieselbe eine Gewöhnung an das Quecksilber eintritt, wodurch seine Wirkung auf die Symptome herabgesetzt wird;

b) daſs eine dauernde Anwendung von Quecksilber derartige Schädigungen des Organismus verursacht, daſs durch dieselben der Nutzen der Behandlung völlig aufgewogen wird, sind als nicht stichhaltig erwiesen. Jedenfalls hat Verfasser derartige Schädigungen durch chronisch-intermittierende Behandlung nie gesehen.

6. **Zur Kasuistik des Lupus erythematosus**, von G. Baumm-Breslau. Bei einem Fall der Breslauer Klinik war ein typischer Lupus erythematosus ausschlieſslich auf die behaarte Kopfhaut lokalisiert, ein anderer war kombiniert mit Carcinom und zeigte besonders deutlich und charakteristisch ausgeprägte Schleimhautaffektionen.

7. **Zur Saugbehandlung der Cervixblennorrhoe**, von Willi Schattmann-Breslau. Das Saugverfahren in Verbindung mit der Protargolbehandlung beziehungsweise überhaupt antiseptischer Therapie verdient bei der Cervixblennorrhoe erprobt zu werden. Das Verfahren ist bei richtiger Anwendung völlig schmerzlos. Die Saugbehandlung in Verbindung mit gonokokkentötenden Mitteln kann ambulatorisch vorgenommen werden, sie hindert die Patientinnen nicht, ihrer jeweiligen Beschäftigung nachzugehen. Ob die Saugbehandlung ohne gleichzeitige Anwendung der Silberpräparate ausreicht, vermag Verfasser nicht zu sagen, er hält es aber nach den Erfahrungen bei der Blennorrhoe der Harnröhre des Mannes nicht für sehr wahrscheinlich.

8. **Weitere Beobachtungen über Keratoma palmare et plantare hereditarium**, von Hans Vörner-Leipzig. Im Jahre 1901 schrieb Verfasser schon einmal über obiges Thema und beschrieb eine Familie, in der verschiedene Fälle von Keratoma palmare et plantare vorkamen. Einen Vertreter dieser Familie sah Verfasser jetzt in Karlsbad. Die Dicke der Hornmassen an Palma und Planta war nicht so gleichmäſsig und der Rand verlief nicht so scharf wie in den früheren Fällen. Verfasser bespricht dann noch Fälle anderer Autoren.

9. **Über die Anwendung des grauen Öles (Oleum cinereum) zur Syphilisbehandlung**, von Karl Zieler-Breslau. Für die beste Behandlungsmethode der Syphilis hält Zieler die Einspritzung unlöslicher Salze; er berichtet über seine Erfahrungen mit einem 40% metallischen Quecksilbers enthaltenden grauen Öl. Es ist dieses ein Präparat, von dem die Einführung einer kleinen Menge genügt — der Inhalt einer ganzen Barthélemyschen Spritze beträgt 0,28 ccm — um die gewünschte Wirkung zu erzielen. An Sicherheit, Energie und Schnelligkeit der Wirkung entspricht es, besonders in den hohen Dosen (0,14 Hg) allen Anforderungen, auch an Verträglichkeit, denn die Injektionen sind, wenn man über ein gut hergestelltes Präparat verfügt, völlig schmerzlos oder nur sehr wenig schmerzhaft und führen nur höchst selten zu Infiltraten. Die Resultate waren auch hier im ganzen ausgezeichnet, soweit im Verlaufe von 15 Monaten darüber ein Urteil sich fällen läſst. Behandelt wurden im ganzen 312 Fälle der Klinik und 63 der Privatpraxis. Die Injektionen wurden stets in die Muskulatur gemacht, bildeten sich bei den ersten zwei bis drei Injektionen harte, derbe Infiltrate, so wurden die Injektionen mit Ol. cinereum nicht fortgesetzt; nie darf im Verlaufe einer Kur dieselbe Stelle mehrmals zur Injektion benutzt werden; auch ist es nicht zu brauchen, wenn die inneren Organe, besonders Nieren, Darm,

Leber nicht völlig gesund sind. Dasselbe gilt für alle chronischen Intoxikationen (Alkohol, Blei, Tabak), ebenso für die Anwendung bei alten Leuten, Kachektischen, Gichtikern, Arteriosklerotikern, Tuberkulösen, Schwangeren mit Nierenstörungen und bei gewissen nervösen Erkrankungen (Hysterie, Epilepsie). Auch im Verlaufe der Behandlung ist genauere Überwachung nötig und besonders eine exakte Mundpflege. Das wichtigste ist, dafs das graue Öl gut hergestellt wird. In drei Fällen wurden am Ende der Kur leichte Darmstörungen beobachtet, in zwei Fällen schwerere, der eine derselben litt an schwerer Stomatitis, Nephritis und Colitis, und ist in klinischer Behandlung völlig geheilt worden. Der zweite mit Stomatitis und Enteritis ist gestorben. An ungünstigen Wirkungen wurden noch beobachtet zwei Fälle von Nephritis, ein Fall von Colitis, Nephritis und Stomatitis, ein Fall von Colitis und Stomatitis. Trotz dieser Unglücksfälle wird im allgemeinen das graue Öl ausgezeichnet vertragen, es ist fast immer schmerzlos und für die dauernde und rationelle Syphilisbehandlung sowohl im sekundären wie im tertiären Stadium von bester Wirkung. Es bietet alle Vorteile der unlöslichen Quecksilbersalze, führt aber fast nie zur stärkeren entzündlichen Reaktion und führt sehr selten nur Indurationen herbei, sondern bewirkt höchstens die Bildung kleiner Knoten. Bei genügender Vorsicht und richtiger Technik bleibt das Oleum cinereum ein sehr brauchbares Präparat, welches mehr Berücksichtigung verdiente. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band XI. November 1907. Heft 2.

1. **Zur Verwendung des Europhens bei Ulcus molle,** von Bornemann-Charlottenburg. Von den Ersatzpräparaten des Jodoform ist das Europhen bei Ulcus molle das entschieden brauchbarste und zwar in der bekannten Mischung Europhen 1 zu Hoidum berisum 3. Bei dieser Behandlung reinigen sich die Ulcera überraschend schnell, auch beim Schanker mixte bewährte sich Europhen als Streupulver oder Salbe.

2. **Das Europhen,** von Julius Richter-Linz a. D. An Josephs Poliklinik in Berlin machte Verfasser mannigfache Versuche mit Europhen, so bei Ulcus molle, incidierten Bubonen und verschiedenen Dermatosen. Von den 66 Fällen von Ulcus molle heilten 2 in 6 Tagen, die meisten in 9 bis 14 Tagen, von den 12 Fällen von Bubonen heilten 5 in 14 Tagen, 7 in 3 Wochen. Auch bei den Dermatosen und Syphiliden bewährte sich oft das Europhen in Pulver- oder Salbenform. Die ausgezeichnete antiseptische Wirkung steht in nichts der des Jodoforms nach, seine Geruchlosigkeit stempelt es insofern zu einem äufserst praktischen Mittel, als zumeist die soziale Stellung der Patienten ein geruchloses Mittel zur absoluten Notwendigkeit macht. Seine Ungiftigkeit erhebt es zu einem verläfslichen Heilmittel und, obwohl es teurer ist als Jodoform, wird der Preis insofern ausgeglichen, als man wegen seiner geringen Schwere nur einen Bruchteil anzuwenden braucht, so dafs es sogar der Kassenpraxis zugänglich gemacht werden kann. (Ich benutze es sehr viel in der Kassenpraxis. Der Ref.)

3. **Über Vasenolpräparate,** von P. Thimm - Berlin. Thimm führte 1904 das Vasenol als neue Arzneimittelgrundlage für Puder, Salben, Pasten und Injektionsflüssigkeiten in die Therapie ein, er veröffentlicht jetzt seine Erfahrungen, die er in den drei Jahren damit machte. Besonders wurden häufig die Vasenol-Hydrargyrum-Emulsionen benutzt, die sich als tadellose Injektionsmittel zur intramuskulären Einverleibung des Quecksilbers zeigten, wie es auch Wolters und Scholtz bestätigten. Die neuen brauchbaren Präparate werden nur in den bekannten, am Boden abgerundeten Originalflaschen fertig zum Gebrauche abgegeben unter der Marke:

Injektion Köpp c. Hydrargyr salicyl. 10%
Injektion Köpp c. Kalomel 10%
Injektion Köpp c. Hg-Thymolacetic. 10%

Bernhard Schulze-Kiel.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907. Heft 8—11.

Über tuberkuloide Sporotrichosis, von De Beurmann und Gougerot. Hatte De Beurmann in einer früheren Arbeit die Sporotrichosis im allgemeinen und ihre syphiloide Form beschrieben, so bringt die vorliegende Abhandlung ein eingehendes Studium ihres tuberkuloiden Typus. Der umfangreiche Aufsatz, dem zahlreiche Krankengeschichten zur Grundlage, eine farbige Tafel und viele Holzschnitte zur Erläuterung dienen, zerfällt in einen klinischen und in einen pathologisch-anatomischen Teil.

Wir erfahren, dafs die Sporotrichose häufig die Maske der Tuberkulose aufsetzt; sie kann deren hypodermische Formen fast alle vortäuschen; am ähnlichsten erscheint sie ihr aber, wenn sie in Form von disseminierten, sei es geschlossenen, sei es ulcerierten Gummata, oder in Form von papillomatösen, verrukösen Herden mit zentripetaler gummöser Lymphangitis auftritt.

Bei der Sporotrichosis gummosa disseminata sind die Gummata systemlos zerstreut, meistens ulceriert und sprechen als tuberkulöse Gummata an. Die Art der Infektion ist hier noch nicht ganz sichergestellt. Vermutlich gelangt das Sporotrichum bald durch eine Exkoriation unter die Haut, bald gelangt es auch, da es auch im saprophyten Zustand vorkommt, durch Mund und Darm dahin. Die Übertragung der Krankheit von einer Person auf die andere scheint ein seltenes Vorkommnis zu sein; eine familiale Überimpfung ist noch nicht beobachtet, obschon die Geschwüre ein parasitenreiches Sekret absondern.

Diese tuberkuloide Sporotrichosis verläuft langsamer als die syphiloide, nicht ulcerierte Form, doch ist die Prognose immer günstig. Die Diagnose ist oft sehr erschwert, und Sicherheit erlangt man allemal erst durch die Kultur des Parasiten. Diese ist sehr einfach, denn der Keim wächst bei Zimmertemperatur auf Pepton-Zucker-Gelatine im Reagenzglas und ist mit blofsem Auge erkennbar. — Die Behandlung führt mit Jodkalium immer zur Heilung.

Das Gesagte trifft auch für die zweite Form, die Sporotrichosis verrucosa papillomatosa zu, nur dafs die klinische Erscheinungsweise hier eine etwas andere ist. — Die Verfasser ermahnen, bei allen zweifelhaften Fällen von Tuberkulose — ebenso wie von Syphilis — der Haut an die Sporotrichosis zu denken; die Diagnose ist durch die Kultur immer sicher zu stellen.

Aus dem sehr umfangreichen histologischen Abschnitt seien hier nur die Schlufssätze vorgetragen. Die Sporotrichosis, eine „maladie nodulaire“, stellt einen chronischen Eiterungsprozefs dar und rückt, dank ihrem anatomischen Aufbau, in drei Schichten oder Zonen, in unmittelbare Nähe der chronischen Kokkenkrankheiten der Haut. Diese drei Zonen werden als basophile lympho-conjunctive, als epithelioide und Riesenzellenzone, als polynukleäre und makrophage beschrieben. Der Hauttuberkulose ähnelt die Sporotrichose nur in ihrer mittleren Schicht, der Syphilis der Haut nur in ihrer mittleren und besonders in ihrer äufseren Schicht. Die knotigen Infiltrate, der Follikel und die Riesenzelle, die sie mit den genannten beiden Krankheiten, der Tuberkulose und der Syphilis gemein hat, sind keine spezifischen, nur einem bestimmten Parasiten zukommenden anatomischen Elemente, sondern Reaktionsformen der Gewebe auf verschiedene Reize hin.

Ein Fall von Sporotrichose, von L. M. BONNET. Es wird ein typischer Fall von Sporotrichose beschrieben: Syphiloide Ulcera, kleine Eiterherde, die den Eindruck von kalten Abscessen machen, Gummata. Die Diagnose wurde klinisch gestellt. Die aus dem Eiter der kalten Abscesse hergestellten Kulturen enthielten den Sporothrix.

Dermatitis polymorpha und Pemphigus vegetans, von E. CONSTANTIN. Neben dem von NEUMANN zuerst beschriebenen typischen Pemphigus vegetans, der immer zum Tode führt, gibt es noch eine gutartige Form dieser Dermatose. In welcher Beziehung steht dieser Pemphigus vegetans benignus zur Dermatitis polymorpha? Zu dieser Frage wurde C. angeregt durch mehrere Fälle aus der Literatur und eine selbst erlebte Beobachtung.

Ein 58jähriger, bisher gesunder Arbeiter bekam unter heftigem Brennen Blasen mit klarem oder schwach trübem Inhalt an den Armen und Beinen; die Blasen platzten unter Hinterlassung von schmerzhaften Geschwürsflächen; später entstanden solche Blasen auch am Rumpf, auf der Mund- und Nasenschleimhaut. Im weiteren Verlauf dieser Erkrankung, die mit keiner Störung des Allgemeinbefindens verknüpft war, entwickelten sich nun an vielen Stellen der Haut dichtstehende, nässende, blafsrosa gefärbte Vegetationen, ohne dafs eigentlich ein ulceratöser Prozefs vorlag. Diese Vegetationen hatten eine Höhe von 5—6 mm und ähnelten hypertrophischen Schleimhautplaques. Auf eine geeignete Behandlung trat völlige Heilung ein. Dann aber erfolgten in kurzen Zwischenräumen, unter heftigen Schmerzen, drei Schübe von kleinen Vesikeln oder Vesico-Phlyktänen, die jedesmal anheilten, ohne zu vegetieren. Zwischendurch zeigte sich auch auf der linken Wange ein Erythem von erysipelatösem Aussehen, und schliefslich stellten sich im Gesicht, an den Armen und Beinen vorübergehend Ödeme ein.

Die Harnuntersuchung dieses Falles ergab Anwesenheit von Indican und Verminderung des Schwefelgehalts; die Blutuntersuchung: leichte Leukocytose mit Vorherrschen der mononukleären Kerne.

Verfasser äufsert sich kritisch über die nosologische Stellung dieses Falles, den er geneigt ist der Dermatitis polymorpha zuzuweisen. Es gibt, sagt er, eine bullöse und vegetierende Form der Dermatitis polymorpha, die, vorübergehend wenigstens, wohl imstande ist, einen Pemphigus vegetans vorzutäuschen. Zu dieser Gruppe gehört vielleicht auch der Pemphigus vegetans benignus, während der Pemphigus vegetans NEUMANN eine Sonderstellung einnimmt und eine infektiöse Krankheit ist.

Türkheim-Hamburg.

Annales des Maladies vénériennes.

Band II, Heft 11. November 1907.

1. **Zum Studium der Quecksilberausscheidung aus dem Organismus,** von G A. DAVIDESCU-Bukarest. Die Untersuchungen des Verfassers decken sich in der Hauptsache mit den Resultaten anderer Forscher in bezug auf das Auftreten des Quecksilbers. Es liefs sich bei den Pillen nach vier Tagen, bei löslichen Injektionen nach 1—2 Stunden und bei unlöslichen nach 6—8 Stunden nachweisen, bei Inunktionen war schon nach zwei Stunden der Quecksilbernachweis zu führen. Diese Zahlen beziehen sich nur auf eine einzelne Dosis, bei Dauerbehandlung währt die Elimination natürlich länger, so z. B. erscheint nach einer Injektion von 0,03 Sublimat das Quecksilber schon nach einer Stunde, die Elimination dauert 44 Tage, auch konnte festgestellt werden, dafs nach zehn Injektionen von 0,06 Hermophenyl die Elimination noch 33 Tage nach der letzten Injektion anhielt, und nach elf Injektionen von Sublimat wurde noch nach zwei Monaten Hydrargyrum festgestellt. Die Elimination war stets

ohne Unterbrechung im Gange und zeigte nur geringe Schwankungen, am schnellsten zeigt sich das Merkur also im Urin nach Injektionen, langsamer nach Einreibungen und Pillen, erstere Behandlungeweise erscheint daher besonders am Platze, wenn man eine schnelle Wirkung erzielen will, während die Einreibungen und Pillen mehr eine Dauerwirkung zu versprechen scheinen. Dieser scheinbare Erfolg wird nicht in allen Fällen vom Verfasser zugegeben, nach seinen Erfahrungen erscheint das Quecksilber fast ebenso schnell nach den Friktionen wie nach den Injektionen, aber die Dauer der Elimination ist kürzer nach den Einreibungen als bei Injektionen von Calomel in einer Suspension von destilliertem Wasser. Er empfiehlt für die Behandlung leichter Luesfälle die interne Quecksilberbehandlung oder die mit löslichen Salzen als Injektion. Bei schweren und tertiären Formen empfiehlt er Injektionen von Calomel wegen seiner schnellen Wirkung. Die Quecksilberausscheidung des Körpers steht in direkter Beziehung zur Absorption des spezifischen Medikamentes, d. h. sie hängt ab von der angewandten Behandlung; von den vier Arten der Einverleibung des Merkurs (durch Lunge, Haut, Magen, Muskel) ist die sicherste die intramuskuläre, da wir so die Menge des einverleibten Metalls am genauesten bestimmen können. Das Hydrargyrum läfst sich bei und noch bestimmte Zeit nach der Kur regelmäfsig im Urin nachweisen. Die Untersuchung des Harns auf Quecksilber kann zuweilen notwendig sein, da es in seltenen Fällen vorkommt, dafs bei Einreibungskuren das Quecksilber die Haut garnicht durchdringt und daher wirkungslos bleibt. Zeigt in solchen Fällen der Urin ein Fehlen von Quecksilber, so mufs natürlich eine andere Behandlungsmethode des Kranken angewendet werden. Die Elimination des Hg durch das Menstrualblut beweist, dafs der weibliche Körper noch einen besonderen Ausscheidungsweg für das Mittel hat, und zwar wird viel Hg auf diese Weise ausgeschieden im Vergleich zu der Ausscheidung durch den Harn.

2. **Über das Vorhandensein von überempfindlichen Zellen in dem Sekret des weichen Schankers, nachgewiesen durch die Komplementbindungsmethode**, von Charles Gallia-Turin. Die Komplementbindungsmethode von Bordet und Gengou zum Nachweise spezieller überempfindlicher Zellen im Blute und im Bindegewebe bei einer Zahl von Infektionen hat in der letzten Zeit eine gewisse Bedeutung erlangt. Verfasser wandte sie beim Ulcus molle an, nm festzustellen, ob es nicht möglich wäre, spezifische Antikörper gegen das Sekret des weichen Schankers und gegen den Ducrey-Unnaschen Bacillus zu finden. Der Versuch gelang, es konnten Antikörper im Blute des mit weichem Schanker behafteten Individuums festgestellt werden, was ja natürlich differentialdiagnostisch von grofsem Werte ist bei zweifelhaften Fällen, ob es sich um Lues oder Ulcus molle handelt.

3. **Über hereditäre Lebersyphilis**, von Ch. Fouquet-Paris. (Fortsetzung und Schlufs.) In den meisten Fällen findet man in der Milz weniger Spirochäten als in der Leber, aber nicht immer, sie sitzen meist in und um den Gefäfsen, auch in den Nebennieren, Lungen, Nieren, Testikeln, Ovarien und Knochenmark kommen Spirochäten vor, wie fünf beschriebene Fälle zeigen. Die Erscheinungen in der Leber bei hereditärer Syphilis können bis zum höheren Alter hin sich bemerkbar machen, am meisten zeigen sie sich bei 10—20jährigen; die Lebererscheinungen sind bisweilen die ersten syphilitischen Anzeichen, meist aber gingen schon andere luetische Erscheinungen vor und sie stellen gewissermafsen nur Rezidive dar. Die Zeichen der Lebererkrankung entwickeln sich langsam in bekannter Weise und schwinden meist unter spezifischer Behandlung. Die beste Prophylaxe gegen hereditäre Lues ist natürlich eine gründliche und richtige Behandlung der Eltern. Das Kind syphilitischer Eltern mufs von vornherein als luetisch angesehen werden und noch recht lange beobachtet und behandelt werden; es empfiehlt sich, auf alle Fälle in den ersten drei Lebensjahren eine anti-

syphilitische Therapie anzuwenden und zwar schlägt Verfasser vor: im ersten Jahre jeden zweiten Monat eine Kur, im zweiten jeden dritten, im dritten jeden sechsten Monat, selbst wenn keine Zeichen von Lues vorhanden sind.

4. **Plaque muqueuses im Ohr**, von MAURICE BLOCH. Die Plaques im äufseren Gehörgang sind gar nicht so selten, sie werden aber oft übersehen. In der Klinik von GAUCHER kamen zwei Kranke mit solchen Plaques in den Ohren zur Beobachtung. Bei beiden Patienten waren die Ohren der Sitz von Eiterungen, aber die Läsionen wurden nicht, wie es sonst meist eintritt, kondylomartig, sondern im Gegenteil, ulcerös und rissig.

5. **Tertiäre Syphilis des Ohrs**, von MAURICE BLOCH. Ein 46jähriger, seit 20 Jahren syphilitischer Mann, der sonst keine luetischen Erscheinungen aufwies, klagte über ein Ekzem beider Ohren, welches jeder Salbenbehandlung absolut trotzte. Eine merkurielle Behandlung brachte die Erscheinungen schnell zum Schwinden und zeigte, dafs es sich um tertiär-syphilitische Erscheinungen gehandelt hatte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XIV. 1907. Oktober.

I. **Ein Fall von Gehirnlues**, von SCHTSCHERBAKOW-Primorsko-Achtyrskaja. Es handelt sich um einen 45jährigen Mann, welcher mit ca. 30 Jahren Lues akquiriert hat und alljährlich zur Kur nach Pjatigorsk gereist ist. Nach einer Nervenerschütterung trat ein apoplektischer Insult auf, welcher zu totaler Aphasie, ohne Lähmung der Extremitäten, zu Ptosis, Coma und JACKSONscher Epilepsie führte. Unter einer energischen Einreibungskur trat eine zeitweilige Besserung, aber darauf der Tod ein.

II. **Mifsgeburt. (Monstra per defectum)**, von SCHTSCHERBAKOW, Beschreibung einer Mifsgeburt, welche als drittes Kind von einer anscheinend syphilitischen Mutter geboren wurde. Das erste Kind war eine Totgeburt, das zweite lebt, zählt vier Jahre, ist aber stumpf und nervös, das dritte Kind zeigt aufser Pemphigus syphiliticus, Parese und Atrophie der Arm- und Beinmuskeln, Spaltbildungen und Deformitäten der Schädelknochen und der Finger.

III. **Zur Ätiologie der Syphilis bei Mifsgeburten**, von SCHTSCHERBAKOW. Das von einem syphilitischen Vater gezeugte Kind bot folgende Abnormitäten: Verwachsung der vier Finger der linken Hand zu einer Masse, an welcher der Daumen als Anhängsel baumelt, Deformitäten einzelner Finger der rechten Hand, Pes varus linkerseits mit verstümmelten Zehen, Pes equinus rechterseits, offener Nabelbruch.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Synonymik der Dermatologie von JOHANN FICK-Wien. (Alfred Hölder, Wien 1907.) In einer kleinen Zusammenstellung gibt Verfasser die Nomenklatur der verschiedensten Hautkrankheiten und schafft damit ein sehr verständiges Taschenlexikon zur leichteren Orientierung der grofsen dermatologischen Namensliste, ohne eine parteiische Kritik über die mehr oder weniger passenden Namen der einzelnen Dermatosen zu üben. Die Anordnung ist rein alphabetisch, so dafs man sich sehr leicht

orientieren kann, und kommt es dem Leser an der Hand dieses Büchleins erst so recht zum Bewufstsein, wie überflüssig reich gerade in der Dermatologie die Krankheitsnamen sind, vielleicht gibt es den Anstofs, endlich einmal etwas mehr internationale Einheit in der Namensnennung einzuführen, das wäre immerhin im höchsten Grade wünschenswert und würde einen Teil der noch herrschenden Verwirrung beseitigen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Gewerbliche Hautkrankheiten, von A. Blaschko-Berlin. (Handbuch der Arbeiterkrankheiten 1907.) Die äufsere Haut ist bei zahlreichen Berufsarten allerhand Schädlichkeiten ausgesetzt und kann dann Sitz verschiedener Krankheiten werden. Wie bei allen auf äufsere Eingriffe zurückzuführenden Erkrankungen verhält es sich mit den gewerblichen Hautkrankheiten. In dem einen Falle sind sie ausschliefslich direkte und notwendige Folgen der äufseren Schädlichkeit, bei anderen gehört eine gewisse Prädisposition, eine besondere persönliche Empfindlichkeit zum Zustandekommen der Krankheit, in anderen Fällen wird durch die Schädlichkeit nur eine im Organismus schlummernde Krankheitsanlage, eine Diathese, geweckt, in wieder anderen Fällen wird ein schon bestehender, an sich vielleicht unbedeutender Krankheitszustand durch die gewerbliche Tätigkeit in hohem Grade verschlimmert. Die harmlosesten Erscheinungen der Haut sind die beruflichen Stigmata, die in Färbung der Hände bei Färbern, Schustern, Schornsteinfegern usw.), in Schwielen (Schuster, Zitherspieler, Schreiber, Tischler usw.) und in Verfärbungen der ganzen Haut (Silberarbeiter, Müller usw.) bestehen. Die Hauptsache sind die Gewerbehautkrankheiten im engeren Sinne von den groben Verletzungen beginnend. Zu diesen gesellen sich die Verbrennungen und Ätzungen, die akuten erythematösen Hautentzündungen usw. Das Hauptkontingent stellen natürlich die Gewerbeekzeme. Dieses ist seinen klinischen Eigenschaften nach ein echtes Ekzem, welches jedoch dadurch charakterisiert wird, dafs es die unbedeckten Hautpartien, insbesondere die mit den schädlichen Substanzen in Berührung kommenden Hände befällt. Derartige Gewerbeekzeme finden sich nun in zahlreichen gewerblichen Berufen. Allen diesen Erkrankungsformen sind gewisse Momente gemeinsam, die Verfasser zusammenstellt, um dann die einzelnen Gewerbe näher zu besprechen. Die Behandlung besteht vor allem in der zeitweiligen Fernhaltung der Schädlichkeiten, d. h. also Aussetzen der Tätigkeit und einer lokalen Behandlung nach den Begriffen der Ekzemtherapie. Neuerdings wandte Verfasser mit vielem Erfolge auch die Röntgenbehandlung bei derartigen Gewerbeekzemen an, diese hat den Vorzug, dafs die Patienten selbst mit relativ ausgedehnten Erkrankungen ihrer Tätigkeit nachgehen können und nicht genötigt sind, Verbände zu tragen. Prophylaktisch wirkt Teerapplikation, Lanolin, Ung. leniens, unter Umständen Gummihandschuhe, elastisches Collodium usw. Aufserdem kommen noch im Gewerbe Frostbeulen, Hyperhidrosis manuum (bei Arbeitern in Chlorkalk- und Sodafabriken), Akne (Möbelpolierer), Chlorakne vor; auch mannigfachen Infektionen sind die Arbeiter ausgesetzt, so kommt es zu Panaritien, Furunkeln, Erysipelen, ja selbst zur Syphilis (Zahnärzte, Hebammen, Ärzte, Glasbläser) und tuberkulösen Infektionen sowie Milzbrand, Blattern, Aktinomykose, Vaccine, Maul- und Klauenseuche. Im Anschlusse an alle diese Affektionen erwähnt Verfasser noch einige durch andere pflanzliche und tierische Parasiten hervorgerufene gewerbliche Dermatosen und schliefslich als Erkrankungen sui generis die mehr oder weniger malignen Tumoren, welche als Papillom der Petroleumraffineure und als Schornsteinfegerkrebs beschrieben worden sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Seltener und weniger bekannte Tripperformen, von Louis Jullien - Paris. (Alfred Hölder, Wien 1907.) Übersetzt von Georg Merzbach - Berlin. Im ersten Kapitel wird der moderne Standpunkt in der Tripperfrage behandelt, besonders auch in Berücksichtigung der Allgemeinerscheinungen, welche auftreten können, wie z. B.

von seiten der Gelenke und die Ursachen dieser Gelenk- und Herzaffektionen. Aufser diesen Leiden werden die Neuritiden, Myelitiden und Pneumonien als seltenere Erscheinungen auf blennorrhoischer Basis erwähnt. Die Behandlung aller dieser blennorrhoischen Infektionen wird vor allem einer Hauptindikation genügen müssen, nämlich der Desinfektion des Organismus durch verschiedene antiseptische Mafsnahmen. Desinfektion von innen nach aufsen, d. h. interne Behandlung durch Chinin, Naphtol, Salol, Balsamika, Desinfektion von aufsen nach innen durch Spülungen und Einspritzungen von Kalium permanganat. Neuerdings werden auch Lichtbäder und kontinuierlicher Strom von hoher Intensität empfohlen. Kapitel 2 handelt von den abweichenden Tripperformen, zu denen als wichtigste Gruppe die präurethralen Blennorrhoen gehören, die bei der Frau meist in der BARTHOLINIschen Drüse sitzen und beim Manne die Prostata, COWPERschen, MORGAGNIschen und LITTRÉschen Drüsen okkupieren. Weiter kommen auch die Lymph- und die Präputialfollikel und die TYSONschen Drüsen allen möglichen blennorrhoischen Varietäten zur Stätte dienen. Bei beiden Geschlechtern können diese Infektionen auch anormale Bildungen befallen, wie präurethrale und akzessorische Gänge. Eine weitere Abart ist die Blennorrhoa ano-rectalis, die durch direkte und indirekte Infektion (Klystier, Finger, Prostataabscefs, Spermatocystitis usw.) hervorgerufen wird, und die Blennorrhoea buccalis, die noch weniger bekannt ist, ebenso wie die Blennorrhoea nasalis. Alle werden eingehend beschrieben und auch die Therapie angegeben.

Im Kapitel 3 folgt der Tripper bei Kindern, der ja leider nicht selten mehr ist und dessen Übertragungsarten geschildert werden, ebenso wie die klinischen Eigenschaften, die nur ihm eigen sind und durch welche er sich von dem der Erwachsenen unterscheidet. Selten sind dabei die rheumatischen Komplikationen, während Lymphangitiden und Cystitis häufig vorkommen. Die Prophylaxe solcher Erkrankungen ist leicht, die Heilung der kindlichen Blennorrhoen hingegen schwer. Zu den „tripperähnlichen Erkrankungen“ (Kapitel 4) rechnet man die Ausflüsse aus der Harnröhre, die keine Gonokokken enthalten, die Blennorrhoe vortäuschen, sich aber durch ihre Natur durchaus von diesen unterscheiden, sie bilden eine Gruppe für sich und die Behandlung erreicht dabei oft recht wenig. Ein neues Kapitel (5) enthält die blennorrhoischen Ulcerationen, granulierenden Erosionen usw. Die Diagnose dieser blennorrhoischen Ulcerationen ist nicht so einfach. Es handelt sich eben um eine Krankheitsform, die noch wenig bekannt ist und deren klinischen Eigenschaften noch nicht so fest umgrenzt sind. Daher darf man nur mit aller Reserve diejenigen Beobachtungen gelten lassen, die seit einiger Zeit der Öffentlichkeit übergeben wurden, ohne dafs überhaupt eine ernsthafte bakteriologische Kontrolle stattgefunden hatte. Wahrscheinlich ist es, dafs manche dieser Ulcerationen ihr Entstehen dem Staphylococcus verdanken. Der Nachweis der Gonokokken ist durchaus unerläfslich, um den Begriff eines blennorrhoischen Ulcus gelten zu lassen. Die Behandlung mufs sich auf die Läsion und auf deren Ursache richten, zuerst ist also der Ausflufs zu beseitigen, dann das Ulcus selbst mit Argentum, scharfem Löffel usw. zu behandeln.

Den Schlufs bildet eine Abhandlung über tötlich verlaufende Trippererkrankungen, die vor allem die Gefährlichkeit der Blennorrhoe noch einmal so recht klarlegt. Zahlreiche Beispiele aus der Praxis demonstrieren dies. Das Buch in seiner klaren Schreibweise und in vorzüglichster Übersetzung enthält ein gutes Stück Arbeit und ist wertvoll durch die persönlichen reichen Erfahrungen des Verfassers.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über Quecksilberausscheidung bei Syphilitikern, von G. Diesselhorst-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 39.) Verfasser machte in Briegers Laboratorium Versuche, um die Ausscheidung des Quecksilbers bei den einzelnen Methoden festzustellen. Die Resultate stimmen mit den Angaben Bürgis überein, der zuerst in systematischer Weise bei sämtlichen gebräuchlichen Formen der Quecksilberkur den gesamten Urin, nicht aber die Fäces, während der Kurdauer auf ihren Hg-Gehalt nach der Farupschen Methode untersucht hat. Es zeigte sich, daſs bei der subcutanen Injektion der Quecksilbergehalt des Urins ganz bedeutend höher ist als bei der Schmierkur. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Symptomatische oder prophylaktische (chronisch-intermittierende) Quecksilberbehandlung der Syphilis? von Karl Ullmann-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 39 u. 40.) Die moderne ätiologisch-diagnostische Forschung hat in dem Punkte der Quecksilbertherapie der Frühlues die längst festgestellten klinischen Tatsachen bestätigt, aber keine neuen Gesichtspunkte geliefert. Bei der chronisch-intermittierenden Behandlung ist durchschnittlich die angewandte Quecksilbermenge weit gröſser als bei der symptomatischen Hg-Applikation. Bezüglich des Tertiarismus ist durch sehr zahlreiche und umfangreiche Statistiken der Beweis gebracht worden, daſs die durchschnittlichen Behandlungsresultate bei chronisch-intermittierenden Kuren besser sind als bei jedesmaliger Behandlung der Einzelsymptome. Prinzipielle Nachteile der chronischen Behandlungsmethode bestehen durch das Refraktärwerden mancher präventiv mit Merkur Behandelter und durch das Auftreten mancher schwerer Rezidivformen, welche dann auch der medikamentösen Hg-Behandlung hartnäckigen Widerstand leisten; ferner ist es ein groſser Übelstand, daſs die Kranken durch die lange Dauer der Behandlung psychisch belastet werden, und daſs die Methode die Sicherheit in der Diagnose und Prognose beeinträchtigt dadurch, daſs sie als abortive Merkurialkur in der zweiten Inkubationsperiode die Entwicklung der Roseola unterdrückt oder hinausschiebt und im weiteren Krankheitsverlaufe die Symptome irregulär, spärlich und atypisch gestaltet. Die Verhinderung der Ausbildung von deutlichen Hauterscheinungen beschränkt das Zustandekommen von einem gewissen Grade von Immunität, denn sowohl Initial- wie sekundäre Hautsymptome als Reaktionserscheinungen der Wirkung eingewanderter Spirochäten involvieren sich ja schlieſslich auch spontan durch die Bildung von Antikörpern, die an Ort und Stelle oder im Blute gebildet werden und deren Entstehung zur allmählichen Avirulisierung und schlieſslichen Ausheilung des Syphilisprozesses förderlich, vielleicht sogar nötig ist.

Tatsächlich halten die ursprünglichen und bisherigen Anhänger der chronisch-intermittierenden Behandlungsmethode fest an dieser; ihre Zahl ist in raschem Wachsen begriffen, und statistische Berichte über schwere Folgen bei Kranken, welche nach diesem Prinzip behandelt wurden, liegen nicht vor. *Schourp-Danzig.*

Über die abortive Behandlung der Syphilis durch Exstirpation der Primärsklerose und der regionalen Drüsen, von S. Róna-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1907. Nr. 32.) Während man früher ein Geschwür allein nach den klinischen Symptomen als syphilisverdächtig annahm, kann man heute durch Nachweis der Spiro-

chaeta pallida die Natur einer verdächtigen Läsion genau feststellen. Auf diese Weise kann auch die Frage der abortiven Behandlung der Syphilis durch Exstirpation des Primäraffektes und der regionalen Drüsen nachgeprüft werden. In zwei Fällen wurden eben beginnende, minimale Sklerosen des inneren Präputialblattes, in welchen typische Spirochäten nachweisbar waren, mit den entsprechenden regionalen Drüsen entfernt. Trotz diesem Eingriff sind in beiden Fällen Sekundärerscheinungen aufgetreten. Bei der mikroskopischen Untersuchung der exstirpierten Drüsen waren keine Spirochäten nachweisbar. — Die Chancen einer frühzeitigen Exstirpation könnten nur dann verbessert werden, wenn jede, scheinbar noch so geringe genitale Läsion, sofort nach dem Erscheinen auf Spirochäten untersucht würde. Die Frage, ob das Virus durch die Exstirpation verringert wird, kann einstweilen nicht beantwortet werden.

B. Kollarits-Budapest.

Eine rasche und und radikale Behandlung der Syphilis, von Egaz Moniz Barreto de Aragão. (Bahia, 1907; Vortrag, gehalten auf dem III. Latino-Amerikanischen medizinischen Kongreſs.) Beim Lesen dieser Schrift frägt man sich, ob wir uns noch um einige Jahrhunderte zurück in der Therapie befinden oder ob eine vollständige Revolution in derselben im Gange ist. Der Verfasser bricht nämlich mit den bewährten Methoden gänzlich ab und nennt Quecksilber und Jod Pseudo-Spezifika, zählt dann ihre Nachteile auf, denen er die Vorteile seiner eigenen Methode gegenüberstellt. Diese letztere besteht in der Darreichung per os einer Säftemischung verschiedener einheimischer Pflanzen, die, einzeln meist ungenieſsbar, zu einem geradezu wohlschmeckenden Elixier mittels eines langen, sehr delikaten Prozesses zubereitet werden. Diese Pflanzen sind: Franciscea uniflora, Jacaranda procera, Tecoma speciosa, Bwodichia major, Guazuma ulmiflora, Wibrandia verticillata. Das so gewonnene Elixir wird auch vom empfindlichsten Magen wohl vertragen und zeichnet sich durch seine wunderbare, unfehlbare Wirkung aus. *C. Müller-Genf.*

Über die Anwendung löslicher Quecksilberpräparate bei der inneren Behandlung der Syphilis, von Hermann G. Klotz-New York. (*New Yorker med. Monatsschr.* 1907. Nr. 1.) Nach verschiedenen Versuchen wandte Klotz seine Aufmerksamkeit auf den Liquor van Swietens, eine Lösung von 1 g Sublimat in 100 g Alkohol und 900 g Wasser. Er verordnete ähnlich dieser Lösung 15 cg Sublimat auf 90 g Wasser und lieſs die Dosis allmählich vergröſsern auf 20 und 25 cg zu 90 g Wasser. Die Einzeldosis betrug dann 0,7, 1 oder 1,2 cg pro die. Zusätze von Sirup oder aromatischen Substanzen wurden nicht gemacht. Diese Methode bewährte sich bei einer Reihe von Patienten sehr gut. Als Vorteile führt der Verfasser — indem er sich auf Brocq stützt — an die Genauigkeit der Dosierung im Vergleich mit Einreibungen und Inhalationen, die geringere Reizwirkung auf den Verdauungskanal, ferner die Tatsache, daſs der Patient nicht so häufig zum Arzt zu gehen braucht, das Vermeiden von Schmerzen oder vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, welche bei Injektionen vorkommen können. Dennoch will er — ebenso wie Brocq — diese Methode nicht als ausschlieſsliche Behandlungsweise für die Syphilis hinstellen, sondern auch andere Methoden — wie Einreibungen und Einspritzungen angewandt wissen.

Schourp-Danzig.

Zur Indikation der Quecksilberbehandlung schwangerer Frauen, von E. Heddaeus-Essen a. R. (*Terapeut. Monatsberichte.* 1907. Heft 1.) Mit Rücksicht darauf, daſs nicht nur bei erworbener, sondern auch bei ererbter Syphilis der Eltern das Syphilisvirus auf die Nachkommenschaft übertragen werden kann, soll auch bei der Erbsyphilis des Mannes und der Frau eine Hg-Behandlung der schwangeren Frau eingeleitet werden, um das Kind vor den Folgen der kongenitalen Syphilis zu schützen.

A. Schucht-Danzig.

Über die Behandlung der Syphilis beim Kinde mit dem „grauen Pulver“, von C. Gallia. (*La Rassegna di Terapia.* 1906. Nr. 4.) Dieses „graue Pulver“ besteht aus 33 Teilen metallischem Quecksilber und 67 Teilen Kreide, die in einem Mörser mehrere Stunden lang während mehrerer Tage trituriert werden. Von diesem Gemische (dem noch Saccharum lactis beigegeben wird), werden täglich 2—4 Pulver verabreicht, wovon jedes 0,02 „graues Pulver“ enthält. Das Pulver wird in der Milch oder, wenn es sich um Säuglinge handelt, unmittelbar vor dem Anlegen an die Brust gegeben. Das Mittel hat den Vorteil, dafs es gut vertragen wird, leicht administriert werden kann und gleichzeitig gegen die gastrointestinalen Störungen wirkt.

C. Müller Genf.

Die Behandlung der spät auftretenden Folgeerscheinungen der Syphilis, von Fournier. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 32.) Gehirnsyphilis, Tabes und progressive Paralyse befallen die Syphilitiker zumeist zwischen dem dritten und zehnten Jahre nach der Infektion. Die Zeit, in der cerebrale Syphilis am häufigsten auftritt, das dritte und vierte Krankheitsjahr, liegt noch im Bereiche der üblichen chronisch-intermittierenden Behandlung; wegen der Gefahr der Tabes und Paralyse müssen aber auch vom fünften bis zehnten Jahre alljährlich ein bis zwei energische Quecksilberkuren gemacht werden, womöglich sollen die Kranken aufserdem einmal in ein Schwefelbad. Das gilt insbesondere für nervöse Individuen, die mit Vorliebe an Tabes und Paralyse erkranken. *Götz-München.*

Zur Syphilisbehandlung, von Leopold Michaëlis-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 21.) Polemik mit v. Zeissl, der sich vor kurzer Zeit gelegentlich eines Beitrages zur Syphilisbehandlung mit Mergal gegen die intermittierende Behandlung der Lues mit Quecksilber ausgesprochen hat.

Was das Mergal anbelangt hat Verfasser ebenfalls bestätigt gefunden, dafs dasselbe den übrigen Applikationsmethoden gleichwertig an die Seite zu stellen ist.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Mergal in der Behandlung der Syphilis, von Karl Hellmuth-Prag. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 28.) Verfasser wandte das von vielen Seiten bereits empfohlene Mergal (Fabrik Riedel-Berlin) an mehreren Fällen von Lues an. Er hält es nach seinen Erfahrungen für ein gutes inneres Antiluetikum, das die syphilitischen Erscheinungen in gleicher Weise zum Schwinden bringt wie eine Schmierkur oder Injektionskur mit löslichen Quecksilbersalzen. Der Verdauungskanal wird vom Mergal viel weniger gereizt als durch die anderen inneren Hydrargyrum-Präparate. Kolliken und Durchfälle lassen sich bei vorsichtiger Anwendung des Mittels und zweckmäfsiger Diät fast immer vermeiden. Die Mergalkur hat den Vorzug, dafs sie sich ohne Berufsstörung in diskreter Form durchführen läfst. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zehnjährige Erfahrung bei der Behandlung der Syphilis durch intramuskuläre Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze, von William S. Gottheil-New York City. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 5.) Der Verfasser tritt warm für die Injektionstherapie ein, welcher er schnellere und zuverlässigere Wirkung nachrühmt als den anderen Methoden. *Schourp-Danzig.*

Ein verbessertes Präparat für die intramuskuläre Injektion unlöslicher Quecksilbersalze zur Behandlung der Syphilis, von F. J. Lambkin-London. (*Lancet.* 6. Juli 1907.) Verfasser verwendet als Basis für die Injektionen Palmitin in Verbindung mit einem durch ein spezielles Verfahren hergestellten absoluten Kreosot und Kampfersäure. Diese Basis läfst sich vorteilhaft sowohl mit metallischem Quecksilber als auch mit Kalomel zu einer Mischung vereinigen, welche bei 37° C einen für die Einspritzung genau geeigneten Flüssigkeitsgrad annimmt und vor allem die Behandlung vollständig schmerzfrei gestaltet. Die Formel lautet: ℞ Hydrargyr. 10,0 (sive Calo-

melan. 5,0) Creosot. absolut., Acid. camphor. aa 20,0, Palmitin ad 100,0. Das Präparat wird von der Firma Oppenheimer in London in vorschriftsmäſsiger Weise hergestellt und in Kapseln zu 1 ccm geliefert. Verfasser ist mit den Resultaten hoch zufrieden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige Bemerkungen über das Hg-Präparat „Injektion Hirsch", von G. Hirsch Halberstadt. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 25.) Verfasser macht neuerdings auf die von ihm vor einem Jahre eingeführte Mischung von Hydrargyrum oxycyanatum mit Akoin aufmerksam, welche nach einem patentierten Verfahren von der chemischen Fabrik von Heyden in Radebeul-Dresden geliefert wird. Das Präparat hat sich angeblich in der Praxis des Verfassers sehr gut zur schmerzlosen Applikation des Quecksilbers bewährt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Einreiber zur raschen Ausführung der Schmierkur mit Hand- oder Motorbetrieb, von E. Jacobi-Freiburg i. B. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 39.) In der Freiburger dermatologischen Klinik wird seit Jahren zur Vornahme von Schmierkuren durch Masseure ein Einreiber verwendet, der sich sehr gut bewährt. Er besteht aus einem pilzförmigen Holzgestell, das vollständig mit einer elastischen, säurefesten, glattpolierten Masse, wie sie zur Herstellung der elastischen französischen Bougies benutzt wird, überzogen ist. Die etwa 8 cm breite Reibefläche ist unter dem Überzug gepolstert. In Fällen, in denen die Patienten selbst einreiben, wird ein Reiber mit rechtwinklig abgebogenem und verlängertem Stiel benutzt, mittels dessen auch der Rücken eingerieben werden kann. Seit langem bringt J. seinen Einreiber in Verbindung mit einem Elektromotor; er verwendet dabei einen Handgriff, mit dem richtige Reibebewegungen ausgeführt werden. Zur Ausführung der Schmierkur mittels des elektrischen Reibers eignet sich jede nicht zu feste graue Salbe; J. nimmt meistens die Quecksilberresorbinsalbe. Die Vorteile des Verfahrens liegen darin, daſs die Einreibungen im vierten oder fünften Teil der sonst erforderlichen Zeit ausgeführt und dabei viel energischer und sorgfältiger gemacht werden, da der Masseur sich nicht anzustrengen braucht. Auſserdem begünstigt die starke Hyperämie, die auf den mit dem Motor bearbeiteten Partien entsteht, die Resorption des Quecksilbers. — Reiber und Motor werden von F. Rosset-Freiburg i. B. und von F. Klingelfuſs & Co.-Basel geliefert. Übrigens kann jeder vorhandene Elektromotor mit der Einrichtung zum Einreiben versehen werden. *Götz-München.*

Der Wert des Quecksilbers bei der Syphilisbehandlung, von William F. Bernart-Chicago. (*New York. med. Journ.* 10. Aug. 1907.) B. stellte sehr instruktive vergleichende Untersuchungen über den Wert der verschiedenen Arten von Hg-Einverleibung an; er wählte hierzu 84 ziemlich gleichartige Fälle und teilte sie in vier Reihen, so daſs je 21 Patienten mit intravenösen, mit intramuskulären Injektionen, mit Einreibungen und innerlicher Quecksilberdarreichung behandelt wurden. Es ergab sich, daſs mit intravenösen Injektionen die Heilung in 18 Tagen bei 4,4649 g Quecksilber, mit intramuskulären Injektionen in 26 Tagen bei 5,7122 g Quecksilberverbrauch, mit Schmierkur in 38 Tagen und 17,955 g Quecksilber und bei innerlicher Verabreichung in 61 Tagen mit 39,3798 g Quecksilberverbrauch erfolgte. Die erstgenannte Methode gab also die raschesten Resultate mit dem geringsten Quecksilberverbrauch, ohne toxische Erscheinungen zu bewirken. Wenn auch die angegebenen Zahlen von mancher Seite eine Einschränkung erfahren dürften, so geben sie doch in ihrer Gesamtheit ein genügendes Bild über den Wert der genannten vier Quecksilbermedikationen. *Stern-München.*

Eine neue Syphilistherapie, von P. Meissner-Berlin. (*Med. Woche.* 1907. Nr. 21.) M. meint, daſs das Atoxyl in der Therapie der Syphilis eine Rolle zu spielen bestimmt ist, die bisher nur das Quecksilber inne hatte, und daſs man schon heute

berechtigt ist, die therapeutische Verwendung dieses Präparates bei Lues anzuraten. Es wird ein- bis dreimal in der Woche subcutan oder intramuskulär eine wässerige Lösung von Atoxyl verabreicht, welche 0,5—0,6 des Mittels enthält. Die Schmerzhaftigkeit ist gering, Abscesse sind nicht beobachtet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf die Syphilis, von P. Uhlenhuth, E. Hoffmann und K. Roscher-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 22.) Zunächst führten Verfasser eine Reihe von Versuchen an fünf syphilitisch infizierten Affen aus, indem sie alle zwei bis drei Tage 0,05—0,1 g intramuskulär injizierten, wobei sie zwar nicht ganz einwandsfreie, aber doch, namentlich mit den höheren Dosen, sehr anerkennenswerte Resultate erhielten. Ferner führten sie an zwölf Affen unmittelbar nach der Impfung mit syphilitischem Virus eine Präventivimpfung mit (für gewöhnlich) 0,1 g Atoxyl aus. Es gingen vier Tiere frühzeitig zugrunde. Bei den übrigen acht ist irgendein deutlicher Effekt der Infizierung nicht aufgetreten. Seitdem sind Versuche an Kaninchen ausgeführt worden. Die ersten beiden Versuche an Menschen fielen negativ aus. Als man aber zu gröfseren Dosen überging, besserten sich bei einer weiteren Serie von elf Kranken die Resultate erheblich. Die Injektionen wurden bei zehn Kranken mit einer 10%igen, bei dem einen Falle mit einer 15%igen Lösung nach einer zwei Minuten langen Sterilisierung bei 100° C intramuskulär, in die Glutäen teils täglich, teils mit Intervallen von ein bis zwei Tagen verabreicht. Mehr als 0,6 pro dosi wurde in keinem Falle gegeben. Lokale Beschwerden traten nicht oder nur in sehr geringem Grade auf. Dagegen wurden bei vier Kranken Klagen über kolikartige Schmerzen, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit notiert, einer litt an Durchfällen und einer an den Symptomen einer intensiven akuten Nephritis. Andererseits übte das Verfahren unstreitig eine günstige und energische Wirkung auf den syphilitischen Krankheitsprozefs aus; namentlich bei drei Fällen von Syphilis ulcerosa praecox (Syphilis maligna) war der therapeutische Einflufs ein besonders eklatanter. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Arsenbehandlung der Syphilis, von O. Rosenthal. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 8.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 3. Juli 1907 teilt R. mit, dafs er in Anbetracht der zahlreichen, oft schweren und nicht allein von der Höhe der Dosis abhängigen Intoxikationserscheinungen beim Atoxyl in einer Anzahl von Fällen von Syphilis statt des Atoxyls arsenige Säure in schnell steigender Dosis subcutan angewendet habe, und dafs die Erfolge denen des Atoxyls absolut entsprächen. Einen prägnanten Fall stellt R. vor. In der Diskussion bemerkt Lassar, dafs auch er das Arsen dem Atoxyl vorziehe. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der heutige Stand der Atoxylbehandlung der Syphilis unter Mitteilung eigener Beobachtungen, von Felix Moses-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 29.) Bericht über die Arbeiten von Uhlenhuth, Lassar, Hoffmann, Roscher, Waelsch, Salmon, Hallopeau, Lesser, Blaschko, Rosenthal. Neben den guten Erfolgen bei Atoxylbehandlung in gröfseren Dosen wird doch auch viel über toxische Nebenwirkungen mitgeteilt, die teilweise wirklich bedrohlich waren. Jedenfalls ist das Atoxyl nach den Berichten noch kein Mittel, welches sorglos schon heute der Praxis übergeben werden kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Arsenbehandlung der Syphilis, von Iwan Bloch-Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 33.) B. betont, dafs er schon seit Jahren das Arsen als ein Spezifikum gegen Syphilis empfohlen habe unter Hinweis auf die gleiche spezifische Wirkung des Mittels bei der Malaria, und zwar in Form der asiatischen Pillen. Auch haben schon 1807 Vogel und Zugenbühler auf die Arsenbehandlung als ein ausgezeichnetes Mittel bei veralteter Lues hingewiesen. Die Syphilis ist ihrem ursprüng-

lichen Wesen nach eine tropische Protozoenkrankheit und unterliegt als solche dem Einflusse des Arseniks als eines typischen Protozoengiftes. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Atoxylbehandlung der Syphilis, von G. Scherber - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 39.) Sch. machte in Fingers Klinik eingehende Untersuchungen mit Atoxyl bei der Behandlung aller Formen der Syphilis; das Fazit seiner Untersuchungen lautet etwa wie folgt:

1. Das Atoxyl übt auf alle luetischen Exanthemformen einen unverkennbaren Einfluß aus; es gelingt, alle luetischen Hauterscheinungen von der Macula bis zum Gumma unter Allgemeinbehandlung mit Atoxyl manchmal nach einer deutlichen Reaktionsperiode zur Resorption und zum völligen Schwinden zu bringen. Ebenso werden die syphilitischen Schleimhautaffektionen im allgemeinen durch das Mittel günstig beeinflußt. Der Kräftezustand des Patienten wird durch das Mittel gebessert.

2. Die sichere Wirksamkeit des Atoxyls erfährt aber durch seine Giftigkeit eine erhebliche Beschränkung, die sich auf die Höhe der Dosis bezieht. Es empfiehlt sich, das Mittel nur in 10%iger, durch zwei Minuten bei 100° C sterilisierter, stets frisch bereiteter Lösung in der Dosis von 2 ccm jeden zweiten Tag subcutan anzuwenden. In dieser Form können 15—30 Injektionen anstandslos gegeben werden. Jedoch ist eine Kontrolle des Harns und der Sinnesorgane des Patienten stets unbedingt nötig, um Idiosynkrasien begegnen zu können. Zu empfehlen ist die subcutane Anwendung des Mittels als einfache Methode und ohne jegliche Beschwerden für den Patienten.

3. Die durch die Giftigkeit des Mittels bestimmte niedrige Einzeldosis bedingt eine für gewöhnliche Luesfälle ungewöhnlich lange Dauer der Kur, da nach Absolvierung einer vier- bis sechswöchentlichen Atoxylkur die luetischen Erscheinungen eben zum Schwinden gebracht sind, aber das in dieser Zeit bei der Quecksilberkur gegebene Plus in der Aufspeicherung des wirksamen Agens im Organismus keineswegs erreicht ist. Das Atoxyl ähnelt in seiner Wirkung sehr dem Quecksilber, steht aber in seiner Wirksamkeit im allgemeinen in den erlaubten niedrigen Dosen hinter demselben entschieden zurück.

4. Dazu kommt noch eine rasche Ausscheidung des aus dem Atoxyl abgespaltenen Arsens aus dem Organismus, worauf zum Teil die geringe Dauerwirkung des Mittels und das frühzeitige Auftreten von Rezidiven beruht.

5. Es ist daher das Atoxyl in der Luesbehandlung nur als Zwischenkur zu empfehlen.

6. Bei der Behandlung der Fälle von Lues maligna praecox konnte zwar eine deutliche, aber keineswegs neue das Quecksilber besonders übertreffende Wirkung festgestellt werden. Das Rezidivieren des Prozesses konnte auch durch ziemlich lange fortgesetzte Kuren nicht verhindert werden. Sicher bietet jedoch das Mittel in seiner Wirksamkeit bei der Behandlung dieser langwierigen, oft vieler Kuren bedürftigen Syphilisform eine angenehme Abwechslung.

7. Die rasche und günstige Wirkung des Atoxyls auf manche Gummen ist bemerkenswert.

8. In der Lokaltherapie luetischer Hauterscheinungen (Sklerose, Papeln) ist das 10%ige Atoxylpflaster als sehr wirksam zu empfehlen.

9. Bei der Behandlung der Mundsyphilide ist für die Abkürzung der Kur die Lokalbehandlung (Lapisstift) dringend nötig.

(Danach ist das Atoxyl eigentlich ziemlich überflüssig, denn alles das erreicht Merkur bisher viel schneller und besser. Der Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die präventive Wirkung des Atoxyls bei experimenteller Affen- und Kaninchensyphilis, von P. Uhlenhuth, E. Hoffmann und O. Weidanz - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 39.) Zum Beweise der hervorragenden therapeutischen

Wirksamkeit des Atoxyls bei Tiersyphilis werden folgende Beobachtungen mitgeteilt: Ein Cercocebus fuliginosus, welcher an beiden oberen Augenlidern mit Gewebssaft eines Primäraffektes infiziert worden war, erhielt zirka drei Wochen nach der Impfung die erste Atoxylinjektion (0,1). Das an dem einen Augenlid entstandene charakteristische syphilitische Infiltrat bildete sich ziemlich rasch zurück, und nach elf Injektionen waren keine Zeichen von Syphilis vorhanden. Etwa sieben Monate später wurde wieder mit syphilitischem Material, Reizserum, geimpft und ein deutliches syphilitisches Infiltrat, an dessen Randwall im Ausstrichpräparate zahlreiche Spirochäten nachgewiesen werden konnten, erzeugt. — Unter eine Serie von 13 Kaninchen, welche an der Cornea syphilitisch infiziert wurden, zeigten fünf mit Atoxyl alsbald behandelte Tiere keine luetischen Erscheinungen, während von den acht nicht weiter behandelten Kontrolltieren fünf unverkennbare Symptome darboten. Es ist dabei allerdings nicht zu vergessen, dafs Kaninchen verhältnismäfsig hohe Dosen des Mittels ohne allen Nachteil vertragen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl, von Kreibich und Alfred Krauss-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Das Atoxyl erweist sich als wirksames Mittel gegenüber der Syphilis, seine Wirksamkeit scheint sich besonders im tertiären Stadium zu bewähren. Gelegentlich reagieren auch den anderen Phasen zugehörige Fälle mehr oder weniger deutlich. Rezidive lassen sich durch das Atoxyl nicht vermeiden, treten manchmal sogar bald nach der erfolgten Behandlung auf. Erfolglos mit Quecksilber behandelte Luesfälle reagieren bisweilen sehr gut auf Atoxyl; viel häufiger scheint der umgekehrte Vorgang (rasche Rückbildung durch Merkur nach mit Atoxyl eingeleiteter Besserung). Das Atoxyl ist durchaus nicht ungefährlich. In den verwendeten Dosen vorsichtig gebraucht, zeitigt es aber nur leicht zu beherrschende Nebenwirkungen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Syphilis und ärztliches Berufsgeheimnis, von Louis Stévenard. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 388.) *Fritz Loeb-München.*

Über Syphilis beim Arzt, von Henri Perot. (*Thèse de Lyon.* 1905 Nr. 98.) *Fritz Loeb-München.*

Die Serodiagnostik der Syphilis, von Julius Citron-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 43.) Die Serodiagnostik beruht auf dem Prinzip der Komplementverbindung von Bordet und Gengou. Wassermann, Neisser und Bruck fanden mit dieser Methode, dafs das Serum von Affen, die mit luetischem Material vorbehandelt waren oder die luetisch infiziert wurden, nach einer Zeit die Fähigkeit gewann, bei Gegenwart von Extrakten aus sicher luetischem Material Komplement zu binden. Die gleichen Stoffe finden sich auch im Serum eines syphilitischen Menschen vor, womit die Möglichkeit einer Serodiagnostik der Syphilis erwiesen ist. Verfasser wies nun nach, dafs der Antikörpernachweis in fast allen Fällen von Syphilis jeglichen Stadiums gelingt, wenn man nur genügend grofse Mengen Serum und Antigen zur Untersuchung verwendet und wenn die zu untersuchenden Fälle nicht einer intensiven Beeinflussung durch Quecksilbertherapie unterworfen waren. Durch diese Untersuchungen wurde die praktische Verwertbarkeit der Serodiagnostik für alle Arten von Lues, auch hereditäre, bewiesen. Die Frage nach der biologischen Spezifizität, d. h. die Frage, ob die komplementbindenden Substanzen Antikörper gegen den Lueserreger selbst sind, ist zurzeit nicht zu beantworten, da wir noch keine Reinkulturen des Erregers besitzen. Grundlegend für die praktische Verwertbarkeit der Serodiagnostik der Syphilis sind zwei Gesetze. Das erste Gesetz lautet: Je länger das Syphilisvirus auf den Körper eingewirkt hat und je häufiger es Rezidive gemacht hat, desto regelmäfsiger und stärker ist der Antikörpergehalt des Serums. Das zweite Gesetz lautet: Je früher die Quecksilbertherapie eingesetzt hat, je länger sie fortgesetzt wurde, je häufiger sie

wiederholt ist, je zweckmäfsiger die Applikationsform war, und je kürzer die Frist seit der letzten Kur ist, desto geringer wird der Antikörpergehalt, desto häufiger ist er gleich Null. In hygienisch-prophylaktischer Hinsicht wäre die Serodiagnostik bald von Bedeutung, so wäre insbesondere eine obligatorische Untersuchung des Blutes bei Ammen notwendig. Jedenfalls ist die Serodiagnostik der Lues eine äufserst wertvolle Bereicherung unserer Untersuchungsmethoden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Protozoenkrankheiten; die Syphilis, von F. J. Bosk-Montpellier. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 41. Bd., H. 7—8, 42. Bd., H. 1—8.) Eine umfangreiche Arbeit, in der Verfasser sowohl die allgemeine Symptomatologie wie pathologische Histologie der Lues, das syphilitische Virus nach früheren wie den neuesten (Spirochäten-) Forschungen sowie in einem Schlufskapitel den Vergleich zwischen Syphilis und den anderen durch Protozoen verursachten Krankheiten (Variola, Vaccine, Varicellen, Malaria, Trypanosomiasis) eingehend bespricht. Aus dem Inhalt und der auf selbstbeobachtetem, reichem und wissenschaftlich wohl verwertetem Material beruhenden Arbeit seien nur die Hauptsätze wiedergegeben. Die Syphilis definiert B. als eine eruptive, infektiöse und kontagiöse Krankheit, deren Virus im allgemeinen durch die Hautdecke, wo er eine lokale Erscheinung und regionale Veränderungen (Lymphangitis und Drüsenschwellung) hervorruft, eindringt und dann in das Blut übergeht, um eine allgemeine Eruption und in der Folge eine Reihe anderer Eruptionen von variablem morphologischem Typus: Erythem, Papeln, Gummata, tuberkuliforme usw. hervorzurufen. Aber alle diese Arten von Hautausschlägen, welche in allen Perioden der Krankheit auftreten können, haben eine allgemeine ähnliche Entwicklung (spontane Resorption, Vernarbung) und bieten eine identische Struktur dar. Die Unterscheidung der syphilitischen Eruptionen in sekundäre und tertiäre hält B. für ganz unangebracht, da die Symptome des chronischen Zyklus jene des akuten wiederholen und die syphilitischen Hauteruptionen, mögen sie oberflächlich oder tiefer gelegen sein, alles Syphilome derselben Struktur wären. Der syphilitische Schanker ist ferner eine reine Zellneubildung vom Typus eines zugleich epithelialen und Bindegewebs-Gefäfs-Neoplasmas, welche sich in der Haut bildet, auf dem Wege der Lymphgefäfse fortschreitet und nach einer Periode der Erweichung zu spontaner Rückbildung durch Plasmolyse und Nukleolyse und durch fibröse Umwandlung der Zellen zu einer bleibenden Narbenbildung gelangt. Die Papel, welche als akute Eruption nach dem Schanker folgt, stellt ebenfalls eine Zellneubildung von epithelialer und Bindegewebs-Gefäfsart dar, die sich im Bereich der Blutkapillaren entwickelt, sich nicht nur durch Proliferation seiner Masse, sondern auch auf Kosten der vom Virus durchdrungenen Lymphräume vergröfsert und nach völliger Abheilung (mit oder ohne Ulceration) eine deutliche Narbe zurückläfst. Bei der nun folgenden Besprechung der syphilitischen Veränderungen der einzelnen Organe (Lungen, Leber, Gehirn) findet B., dafs die Veränderungen der allgemeinen Paralyse die ausgesprochenen Charaktere des Syphiloms tragen, aber eines diffusen, mit frühzeitiger fibroblastischer Entwicklung verbundenen Syphiloms, das mit disseminierten degenerativen Veränderungen verbunden ist, Erscheinungen, welche die Heimtückischkeit der Krankheit und die Unwirksamkeit einer spezifischen, allzu spät einsetzenden Behandlung wohl erklärlich machen. Nach den von Bosz selbst angestellten Versuchen reproduzieren die (experimentell) durch die Trypanosomen hervorgerufenen Affektionen die Hauptcharaktere der syphilitischen Veränderungen mit dem Unterschiede, dafs die Trypanosomiasen einen rascheren Verlauf nehmen, zu ausgedehnteren Proliferationen Veranlassung geben und rascher in Zellnekrose und Resolution übergehen. Diese Feststellungen sind für B. ein neuer Faktor zugunsten der Protozoennatur des syphilitischen Virus und der pathogenen Rolle des Treponema pallidum und weiterhin zugunsten der Ansicht, dafs alle von ihm unter

dem Namen der Bryocytenkrankheiten zusammengefaſsten Affektionen, einschlieſslich des Carcinoms, in der Tat durch Protozoen verursacht sind. Bei der Ähnlichkeit, welche B. zwischen den bei Syphilis und den ihr verwandten Protozoenkrankheiten vorkommenden Veränderungen gefunden hat, kann er daher den syphilitischen Erkrankungen keine spezifische Bedeutung zuerkennen. Schon aus diesem Grunde, erklärt schlieſslich Bose bezüglich der Versuche mit Immunisierung und Serumtherapie der letzten Jahre, dürften diese als vorläufig noch gescheitert angesehen werden.

Stern-München.

Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zu der antiluetischen Kur, von Eugen Fürecz. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 35.) Verfasser fand als Ergebnis seiner Untersuchungen von 24 Fällen, daſs in den syphilitischen Veränderungen, trotz der allgemeinen und lokalen Behandlung die Spirochaeta pallida solange noch zu finden ist, wie die Infiltration der syphilitisch veränderten Partie auch nur im geringsten Maſse sich konstatieren läſst. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Treponema pallidum Schaudinn und Syphilis. Allgemeine Übersicht, von Eva Selitrenny. (*Thèse de Montpellier.* 1906. [Univ.] Nr. 15.)

Fritz Loeb-München.

Treponema pallidum Schaudinn im Gewebe bei Syphilis hereditaria, von Albert Jambon. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 148.) *Fritz Loeb-München.*

Die syphilitische Keratitis des Kaninchens. Experimentelle Untersuchungen von B. Galli-Valerio und Vera Salomon-Lausanne. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 44, H. 1.) Verfasser haben bei ihren Untersuchungen die Impfungen mit Skarifikationen der Hornhaut oder mit Einspritzung in die Vorderkammer ausgeführt, im ersteren Falle war das syphilitische Material gekratzt, im letzteren wurde es mit etwas sterilisierter physiologischer Lösung zerrieben. Die sechs Versuchsreihen ergaben folgendes Resultat: 1. Von fünf Kaninchen, mit hartem Schanker geimpft, wurde keines infiziert, die Ursache liegt vielleicht in der kleinen Zahl Spirochäten, welche dieser Schanker enthielt oder darin, daſs das Material nicht genügend zerrieben war. 2. Bei zwei mit Schleimpapel geimpften Kaninchen traten nach 25—35 Tagen die ersten Veränderungen der Keratitis auf. 3. Bei drei mit Condyloma latum geimpften Tieren Keratitis nach 26 resp. 34 Tagen. 4. Ein Kaninchen, mit Abkratzung der syphilitischen Keratitis eines anderen Kaninchens an beiden Augen intracorneal geimpft, hat nach 20 Tagen Veränderungen an beiden Augen gezeigt. Weitere intracorneale Überimpfung von diesem Kaninchen auf Meerschweinchen und Kaninchen hat bei diesen wiederum Veränderungen an der Cornea erzeugt. 5. In jedem Falle, wo Veränderungen entstanden, hatten diese das typische Aussehen einer pericornealen Injektion, neben dem Impfschnitt beginnend, und einer Keratitis parenchymatosa mit kleinen Substanzdefekten und Geschwüren. Nur in einem Falle waren kleine Veränderungen an der Iris vorhanden. 6. Nicht in jedem Falle von Kaninchen-Keratitis konnten Spirochäten in Ausstrichpräparaten nachgewiesen werden, in Schnitten wurden sie nur zweimal sehr spärlich gefunden. Vielleicht, glauben Verfasser, hängt dieses negative Resultat mit einer Schädigung der Spirochäten in den Tiefschnitten zusammen. Jedenfalls aber halten sie mit ihren Untersuchungen diejenigen der anderen Beobachter für bestätigt, daſs man mit Luesmaterial eine spezifische Keratitis parenchymatosa bei Kaninchen erzeugen kann. Diese Keratitis ist übertragbar von Kaninchen auf Kaninchen und beim Übergang scheint die Inkubationsdauer sich zu verkürzen, die Intensität der Keratitis sich zu verstärken und die Spirochäten scheinen zahlreicher zu werden. *Stern-München.*

Über den harten Schanker der Hand, von Jean B. V. François. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 79.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Frage der extragenitalen Syphilis, von KOLOMOITZEW. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 39 und 40.) Verfasser beschreibt je einen Fall von Sclerosis labii inf. bei einem 25jährigen Pädagogen (vermutliche Infektion durch Bücher) und von Ulcus durum phalangis primae digiti secundi bei einem 30jährigen, verheirateten Stabskapitän (vermutliche Infektion durch syphilitischen Freund, welcher ihm einen Verband angelegt hatte). *Arthur Jordan-Moskau.*

Atoxyl, ein neues Mittel für Syphilisbehandlung, von POSPELOW. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 32.) Eine literarische Arbeit. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über kongenitale Syphilis, von WALTER B. JENNINGS-New York. (*New York med. Journ.* 5. Okt. 1907.) J. hat 65 Fälle von angeborener Syphilis — bei Kindern bis zum vollendeten ersten Lebensjahr — beobachtet und kam dabei zu folgenden Hauptergebnissen: 1. Kongenitale Syphilis wird häufig gesehen und ist eine entschieden tödlich endende Krankheit, wenn sie ohne Behandlung bleibt. 2. Wenn Symptome der Krankheit nicht bei der Geburt vorhanden sind, so stellen sie sich gewöhnlich während des ersten Monats, nächsthäufig während des zweiten und dritten Monats ein. 3. Nasenkatarrhe oder Schnupfen ist eines der häufigsten Symptome. 4. Die Gelenke sind selten bei Kindern, die unter einem Jahr alt sind, affiziert, wenn auch syphilitische Phalangitis (sog. Daktylitis) ziemlich häufig ist. 5. Es ist nicht angezeigt, aus Drüsenschwellungen allein die Diagnose kongenitaler Syphilis zu stellen. 6. Es gewinnt immer mehr den Anschein, daſs die von SCHAUDINN entdeckte Spirochaeta die wirkliche Ursache der Syphilis ist. *Stern-München.*

Ein Beitrag zur Heredosyphilis, von ROBERT W. TAYLOR-New York. (*New York med. Journ.* 19. Okt. 1907.) T. zeigt an der Hand einer Syphilischronik, welche sich über 37 Jahre ausdehnte und zwölf Angehörige einer Familie betraf, die hohe Wichtigkeit, genau die Lebensgeschichte aller mit ererbter Syphilis Behafteten auf lange Zeit zurück zu studieren. Folgende Einzelheiten sind noch aus diesem Falle hervorzuheben: 1. Die Gutartigkeit der Syphilis auf Seite des Vaters und deren Bösartigkeit und Hartnäckigkeit auf mütterlicher Seite. 2. Die gleichzeitige Entwicklung ähnlicher Knochenveränderungen bei zwei Kindern, von welchen das eine mit angeborener Syphilis behaftet, das andere bis dahin (sechs Jahre) gesund war. 3. Der deutliche Einfluſs der Behandlung der Mutter auf den Geburtserfolg: zwei totgeborene Kinder, wenn die Behandlung vernachlässigt wurde, und völlige Immunität gesunder Kinder, wenn sie energisch betrieben worden war. 4. Bei einem der Nachkommen stellten sich im Alter von 30 Jahren die klassischen Erscheinungen hereditärer Lues ein, ohne daſs vorher Symptome der Krankheit bestanden hätten oder von erworbener Syphilis hätte die Rede sein können. 5. Vier nacheinander zur Welt gekommene Kinder entgingen der Krankheit, währenddem die Mutter leichte gummatöse Erscheinungen, die mäſsig gut behandelt wurden, aufwies. Die Frage, was aus den Kindern syphilitischer Eltern, die scheinbar völlig gesund sind und niemals Erscheinungen von Lues aufwiesen, und aus deren Kindern wieder wird, möchte T. erst nach weiteren genauen, wissenschaftlichen Beobachtungen beantworten. *Stern-München.*

Pathologisch-anatomische und histologische Veränderungen der Lymphdrüsen bei der kongenitalen Syphilis, von V. NISTA. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1907. Nr. 11.) Wie bei der erworbenen, so kommt es auch bei der angeborenen Lues zu namhaften Veränderungen in den Lymphdrüsen. Sie bestehen entweder in spezifischen Lokalisationen (Gummata) oder in reaktiven Entzündungen bis zur Sklerose mit oder ohne Degenerationserscheinungen. Auch hier bilden die Drüsen eine Wehr gegen die Verbreitung der krankhaften Keime. Wahrscheinlich handelt es sich in den Fällen, wo nur geringfügige spezifische Lokalisation in der Leber angetroffen wird mit beträchtlichen Degenerationserscheinungen in allen an-

deren Organen, während die Lymphdrüsen nur reaktive parenchymatöse Erscheinungen zeigen, um Fälle, wo sich die mütterlichen Läsionen in einem Stadium zwischen dem sekundären und tertiären befinden und neben den spezifischen Läsionen einen bedeutenden Grad von syphilitischer Kachexie hervorgerufen haben. Es ist anzunehmen, dafs in derartigen Fällen mehr Toxine als Keime auf den Fötus übertragen werden, weshalb denn auch die degenerativen Veränderungen vor den spezifischen vorherrschen.

C. Müller-Genf.

Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis bei Lues hereditaria tarda, von W. Kretschmer-Wiesbaden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 46.) Bekanntlich hat Tobler eine stärkere Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit als eine beachtenswerte Erscheinung bei der Lues hereditaria der Neugeborenen festgestellt. Der gelegentlichen Untersuchungen bei Erwachsenen fügt K. vier eigene Beobachtungen hinzu. Dieselben betrafen jugendliche Individuen im Alter von 10—19 Jahren. Bei dem jüngsten Falle war die Diagnose allerdings durchaus nicht unanfechtbar; hierbei fand sich keine Lymphocytose. Desgleichen ist bei dem 19jährigen Mädchen zu erwähnen, dafs kurze Zeit vor der Untersuchung eine sehr ausgiebige antisyphilitische Behandlung stattgefunden hatte; die Lymphocytose war (bei sechs bis acht Lymphocyten im Gesichtsfeld) als zweifelhaft zu bezeichnen. Bei den beiden anderen fanden sich das eine Mal 15—20, beim anderen Falle 100—150 Lymphocyten in jedem Gesichtsfeld. Ferner hat K. bei je zwei Fällen von Tabes dorsalis und Paralyse eine Vermehrung der Lymphocyten konstatiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Fall von Syphilis mit Schwindelerscheinungen, von Louis Jullien-Paris. (*Bull. méd.* Jan. 1907.) Ein Patient hatte seit zwei Jahren Syphilis und war nur mit Jodkalium behandelt worden; er klagt über Kopfschmerzen an den Schläfen und Schwindelanfälle. Nach sechs Injektionen von grauem Öl hörten die Schwindelanfälle auf bei gleichzeitiger Darreichung von Jodkalium. Vier Monate später neue, sehr heftige Anfälle und starke Schmerzen, worauf 25 Spritzen Sublimat mit Erfolg gegeben wurden; später wurde nochmals Kalomel injiziert. In den Exkrementen wurde nun Taenia mediotannelleta gefunden; nach Vertreibung desselben wichen endlich dauernd die Erscheinungen. Diese Kombination scheint also der Hauptgrund der Kopfschmerzen und des Schwindels gewesen zu sein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Tuber- und Ovarialsyphilis, von Charles Jouen. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 401.) *Fritz Loeb-München.*

Zur pathologischen Anatomie der Syphilis der langen Knochen beim Säugling, von Henri Rayot. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 114.) *Fritz Loeb-München.*

Dactylitis syphilitica. Knochensyphilis des Metacarpus und Metatarsus, von Georges Noir. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 218.) *Fritz Loeb-München.*

Über den luetischen Ursprung der spontanen Aortaaneurysmen, von de Conciliis. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1907. Nr. 14.) Der Verfasser beschreibt einen Fall, welcher eine Illustration liefert zur Rolle, welche die Syphilis bei der Bildung von Arterienaneurysmen spielt. Es fanden sich bei demselben auch der Reihe nach die den betreffenden anatomischen Läsionen entsprechenden Symptome: Aortitis und Dilatation der Aorta und sodann Aneurysma des Truncus brachiocephalicus. Der Tumor hatte unter dem Kinn eine kropfartige Geschwulst gebildet, welche den Kopf nach aufwärts und rückwärts drängte. Ätiologisch hält der Verfasser dafür, dafs die Bedeutung der infektiösen, akuten Krankheiten in ihrer Bedeutung als Ursache der Aneurysmen vor der Lues weit zurücksteht. Dabei soll der Zerfall und die Erweichung der Infiltrationszellen infolge der spezifischen Entzündung eine Hauptrolle spielen.

C. Müller-Genf.

Extremitätengangrän durch Arteriitis syphilitica, von Maurice Druelle. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 370.) *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung der sekundärsyphilitischen Nierenentzündung, von Jean Berthezenne. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 120.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Kenntnis der posterosiven syphiloiden Papel beim Erwachsenen, von Edouard Constant. (*Thèse de Toulouse.* 1905. Nr. 594.) *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium des Tertiarismus praecox bei in reifem Alter akquirierter Syphilis, von Denis Bousquet. (*Thèse de Montpellier.* 1905. Nr. 6.) *Fritz Loeb-München.*

Über die durch Sumpffieber verschlimmerte Syphilis und ihre hauptsächlichsten Manifestationen, von Martin E. E. B. Brunel. (*Thèse de Nancy.* 1906. Nr. 28.) *Fritz Loeb-München.*

Die Rolle der Infektion, insbesondere mit Syphilis bei der Entstehung der progressiv-myopischen Veränderungen, von Abel Bichon. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 168.) *Fritz Loeb-München.*

Die Lokalbehandlung syphilitischer Gummata mit Jodkalium, von Jules Boisseau. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 219.) *Fritz Loeb-München.*

Über konzeptionelle Syphilis und Neuralgie im Gesicht, von L. Jullien-Paris. (*Rev. des Mal. de la Nutrition.* Nov. 1906.) Eine Patientin klagt über heftige Gesichtsschmerzen, besonders nachts, gegen welche alle angewandten Mittel bisher versagt hatten: auch Blaulicht- und Röntgenbestrahlung erreichten keine Erfolge, ebensowenig Alkoholinjektionen in den Trigeminus. Da alles nichts genutzt hatte, so vermutete Jullien, dafs eventuell Lues zugrunde liege, und machte Injektionen mit Kalomel, welche sofort halfen. Ähnliche Fälle von syphilitischer Neuralgie sind schon mehrfach beobachtet worden. Auf Befragen gab Patientin an, dafs ihr Mann krank gewesen sei, und dafs sie selbst im ersten Jahre ihrer Ehe abortiert habe; später habe sie ein grofsknotiges Exanthem gehabt. Aus der ganzen Anamnese wurde es allmählich klar, dafs eine konzeptionelle Syphilis vorlag. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beiträge zur Syphilis des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Augenstörungen, von Wenzeslaus Łuczkowski. (Inaug.-Dissert. Breslau 1906.) Zunächst werden 16 neue Fälle beschrieben; dann gibt Verfasser eine Statistik aus der Literatur von seit dem Jahre 1894 veröffentlichten 100 Syphilisfällen des Zentralnervensystems. In diesen 100 Fällen ist der motorische resp. sensible Nervenapparat des Auges in 79 Fällen erkrankt. Bei weitem am häufigsten ist der Nervus opticus ergriffen, nämlich 61 mal, davon nur achtmal einseitig. In 42 Fällen ist es zur Autopsie gekommen, in 37 Fällen dagegen konnte nur die Diagnose einer Syphilis des Zentralnervensystems gestellt werden. Das der Arbeit beigegebene Literaturverzeichnis umfafst sechs Seiten. *Fritz Loeb-München.*

Allgemeine Paralyse und Psychosen bei erworbener Syphilis, von Georges Lebret. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 272.) *Fritz Loeb-München.*

Paralysis universalis conjugalis und ihre Beziehung zur Syphilis, von Hippolyte Leroy. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 197.) *Fritz Loeb-München.*

Infantile und juvenile allgemeine Paralyse. Beziehung zur hereditären Syphilis, von V. J. A. M. Firpi. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 350.) *Fritz Loeb-München.*

Über Koexistenz tertiärsyphilitischer, tabischer und allgemeinparalytischer Erscheinungen, von Gaston Dorléans. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 123.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Koexistenz tertiärsyphilitischer und tabischer Erscheinungen, von Paul Dubois. (*Thèse de Lyon.* 1906. Nr. 135.) *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Myelitis, von ALBERT CHARLES LAJOUE. (*Thèse de Nancy.* 1905. Nr. 18.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Diagnose der Rückenmarkssyphilis, von L. MARCHETTI. (*Riv. crit. di clinica medica.* 1907. Nr. 37—39.) Die Diagnose stützt sich auf die anamnestischen Angaben, auf den Verlauf der Affektion und auf den Erfolg der spezifischen Behandlung. In bezug auf den Verlauf unterscheidet man ein Prodromalstadium von zuweilen langer Dauer mit unbestimmten Sensibilitätsstörungen und Störungen in der Funktion der Sphinkteren, besonders der Blase; diese Symptome treten meist ziemlich frühzeitig auf; in der Periode der eigentlichen Krankheit kommen Remissionen und Exazerbationen vor und zeigen sich Symptome, welche auf eine beträchtliche Ausbreitung des Übels hinweisen; die letzte Periode ist diejenige der paretischen und spasmodischen Erscheinungen. Die Rückenmarksmanifestationen der Lues treten meist innerhalb der ersten vier Jahre nach dem Primäraffekt auf. Die spastischen Erscheinungen befallen meist gleichzeitig, wenn auch meist nur leicht, die willkürlichen und die glatten Muskeln (von ersteren besonders an den unteren Extremitäten). Sie sind fast immer von paretischen Erscheinungen begleitet und zeigen sich wie die spastischen mit Vorliebe auf einer Seite des Körpers. Gleichzeitig bestehen Störungen auf Seite der Gehirnnerven (Oculomotoriuslähmungen, wobei der ganze Nerv oder nur einzelne Äste befallen sein können). Symptom von ARGYL-ROBERTSON. Die paralytischen Symptome sind sehr mannigfaltig und unvollständig, die obere Körperhälfte bleibt meist verschont; in Anbetracht ihrer Einseitigkeit und Asymmetrie bilden sie oft ein Syndrom, das mit demjenigen von BROWN-SÉQUARD eine grofse Ähnlichkeit hat. Die paralytischen Symptome schliefsen fast immer ab mit einer spastischen Paraplegie, die, wenn sie sich einmal eingestellt hat, während des ganzen übrigen Lebens bestehen bleibt. Die Sehnen- und Hautreflexe zeigen grofse Schwankungen und öfters konstatiert man Verstärkung oder Abschwächung auf der einen Seite, normales Verhalten auf der anderen. Die mehr oder weniger intensiven vertebralen Schmerzen haben das Charakteristische, dafs sie während der Nacht exazerbieren. Tritt zu diesem Symptom eine Rückgratstarre hinzu, so erhält dadurch die Diagnose um so mehr Wahrscheinlichkeit. Die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit ergibt keine charakteristischen Resultate. Absolute Sicherheit liefert schliefslich in diagnostischer Beziehung das Resultat der spezifischen Behandlung. Aus dem Gesagten geht hervor, dafs aufser diesem letzteren die Zeichen, auf die man eine sichere Diagnose der spinalen Syphilis gründen kann, in verschwindend kleiner Zahl zu unserer Verfügung stehen. Im Interesse der Ärzte sowohl als der Patienten wünscht deshalb der Verfasser, dafs wir recht bald in die Möglichkeit versetzt werden möchten, die Spirochaeta pallida in der Cerebrospinalflüssigkeit nachzuweisen.

C. Müller-Genf.

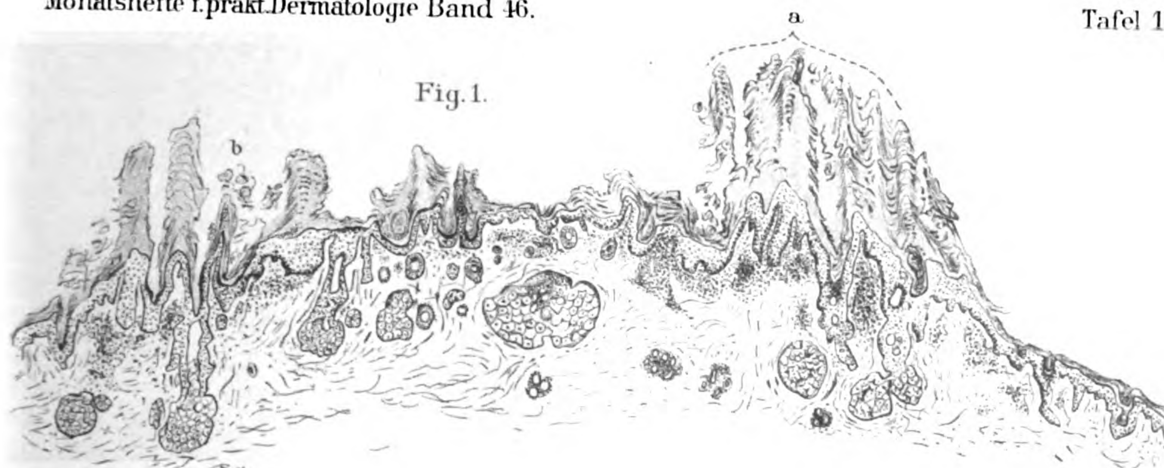
Experimentelles über Syphilisprophylaxe, von PAUL MAISSONNEUVE. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 476.) *Fritz Loeb-München.*

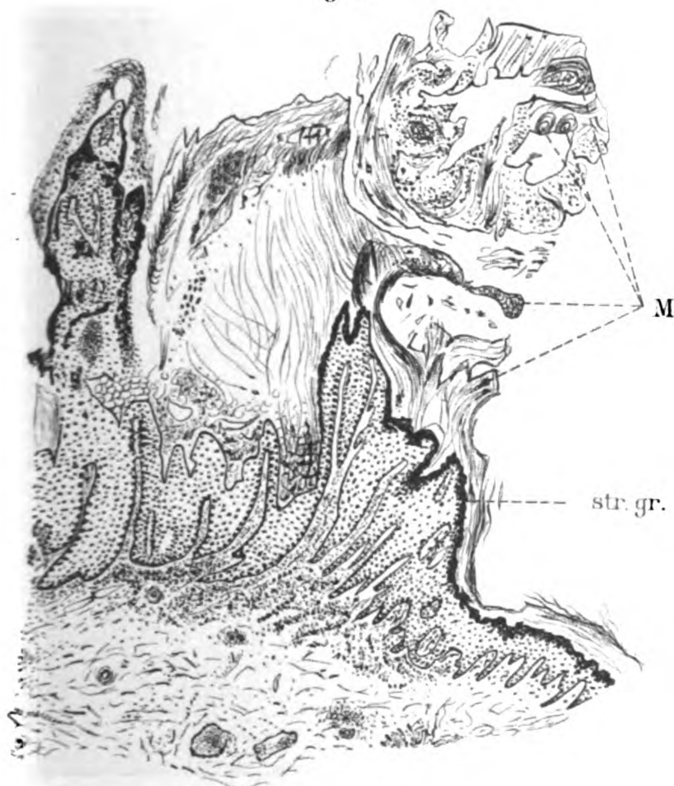
Die Behandlungsmethoden der Syphilis, von PIERRE FOSSIER. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 247.) *Fritz Loeb-München.*

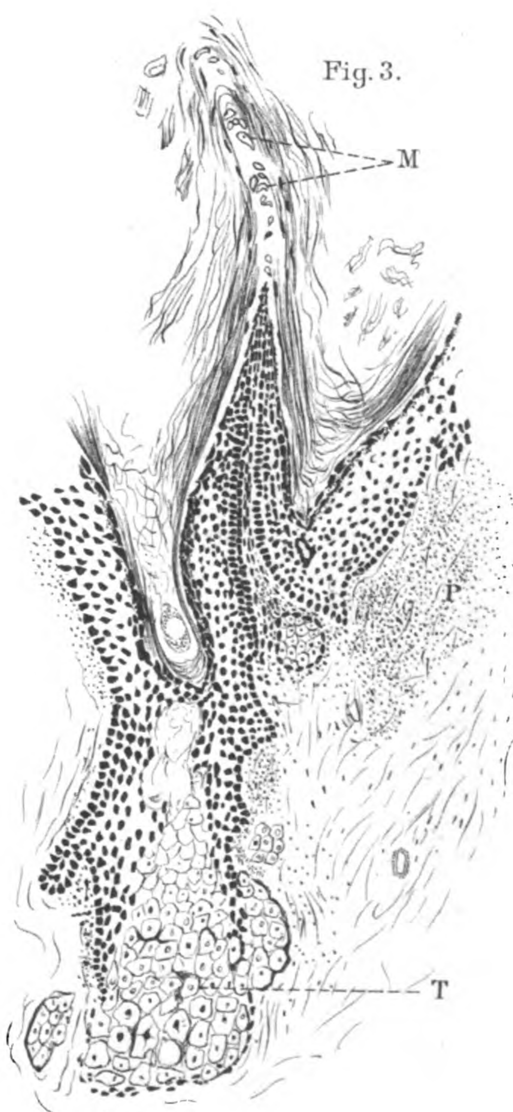
Die Behandlung der Syphilis Neugeborener mit Quecksilberinjektionen, von Frau DE LINDFORS. (*Thèse de Montpellier* [Univ.]. 1906. Nr. 18.)

Fritz Loeb-München.

Über Eisen- als Unterstützungstherapie bei der Syphilisbehandlung, von JEAN CAMMAS. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 107.) *Fritz Loeb-München.*







v. Veress, del.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Fig. 4.



Fig. 5.

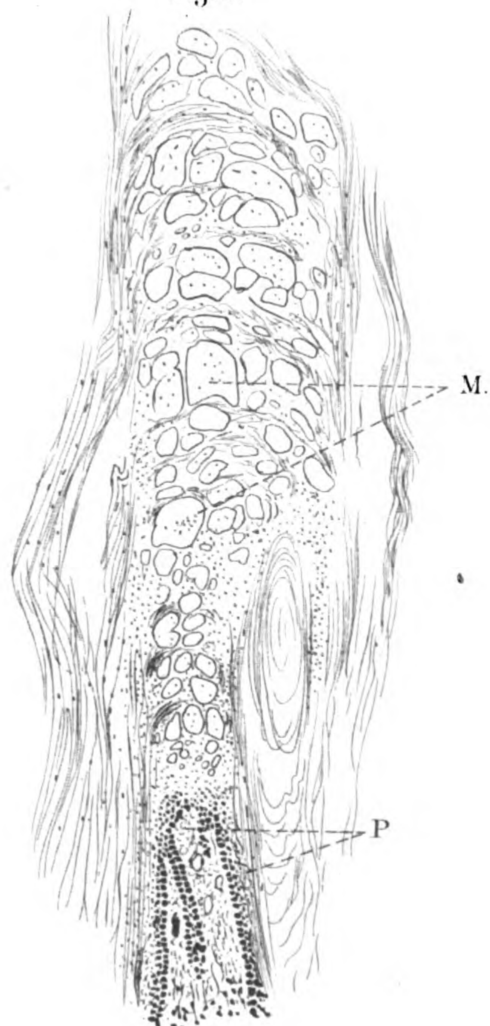


Fig. 6.

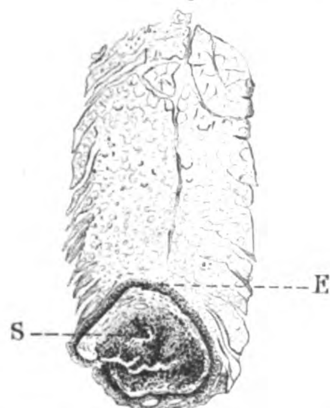


Fig. 7.

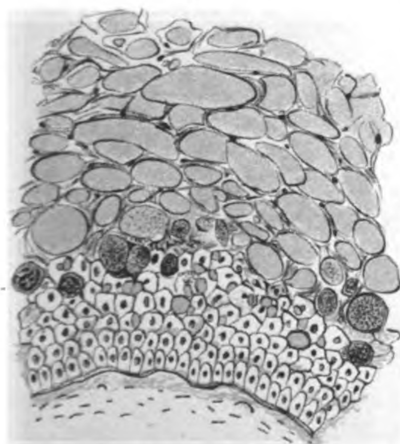
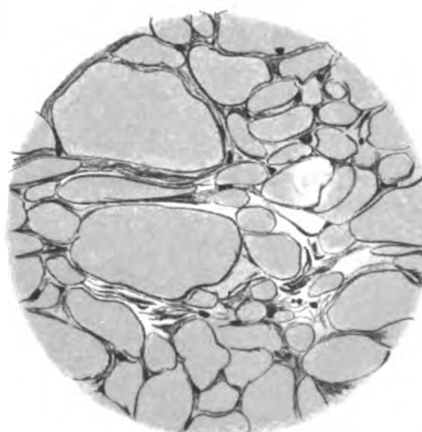


Fig. 8.



v Veress, del.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. | №. 3. | 1. Februar 1908.

Über Opsonine und die Opsoninbehandlung gewisser Hautkrankheiten.

Von

A. WINKELRIED WILLIAMS M. B.,
Leiter der dermatologischen Abteilung vom Royal Alexandra Hospital, Brighton,

und

F. G. BUSHNELL M. D.,
Prosektor am Sussex County Hospital.

Mit vier Figuren im Text.

Die Erforschung der Immunität, welche der menschliche Körper den Faktoren und den Vorgängen der Infektion gegenüber akquirieren kann, hat während der letzten 20 Jahre eine stetig sich vermehrende Ernte guter Früchte hervorgebracht. Und diese guten Früchte geben sich betreffs sowohl der Behandlung als auch der Verhütung von Erkrankungen zu erkennen.

Es ist nicht unsere Absicht, in dieser Abhandlung die Geschichte dieser Forschungen zu schreiben; jedoch müssen notwendigerweise gewisse Stadien ihrer Entwicklung im Laufe dieser letzten 20 Jahre hervorgehoben werden. Diese sind:

1. Die hochbedeutsame Erfassung des Vorgangs der Phagocytose, mit welcher der Name METSCHNIKOFF dauernd verknüpft ist.

2. Die Einführung des Tuberkulins als praktisch-therapeutisches Hilfsmittel durch ROBERT KOCH.

3. Die Erforschung der verschiedenen schützenden Substanzen in den Säften des Organismus, worüber eine Unzahl Forscher Studien ausgeführt haben. Als solche sind zu nennen: ATKIN, BAIL, BARRETT, BULLOCK, BUSHNELL, BUXTON, DEAN, DENYS, DOUGLAS, FRIEDBERGER, HARRISON, HEKTOEN, HEWLETT, HOUSTON, HUME, LECLEF, LEDINGHAM, LEISHMAN, LEVADITI, LÖHLIN, MARKL, MARTIN, MENNES, MUIR, NEUFELD, RANKIN, REID, RITCHIE, RIMPAU, ROUX, RÜDIGER, RUBRITIUS, TÖPFER, WRIGHT u. a. als die hervorragendsten Autoren.

4. Das letzte Stadium ist gekennzeichnet durch die Einführung klinischer Methoden zur Berechnung der Schutzwirkung des Blutes als ein praktisch verwertbares, therapeutisches Hilfsmittel, indem auf diese Weise es ermöglicht wird, Tuberkulin und andere bakteriellen Vaccinen mit gröfserer Sicherheit anzuwenden. Bei diesem praktischen Teile der Arbeit begegnen wir in erster Linie den Namen LEISHMAN, WRIGHT und DOUGLAS. Der Gegenstand dieser Abhandlung steht vorwiegend zu den Arbeiten dieser Forscher in Beziehung.

Die Bezeichnung Opsonin wurde von Sir A. E. WRIGHT und Capitän DOUGLAS geprägt, um gewisse im Serum und den Säften des Körpers vorhandene Substanzen zu benennen. Die Opsonine besitzen die Fähigkeit, sich mit den Bakterien zu verbinden und letztere durch eben diese Verbindung den phagocytären Leukocyten annehmbar zu machen (d. h. eine positive Chemotaxis).

Der Name Opsonin ist entlehnt von einem griechischen Wort, welches „Zukost verschaffen" bedeutet. Sie machen die Bakterien den Leukocyten schmackhaft. Man kann sie mit guten Saucen vergleichen, welche man geschmacklosen Speisen zusetzt, um sie dem Gaumen verlockend zu machen.

Aus dem vorhergehenden wird man entnehmen, dafs die Opsonine des normalen Serums ganz andere Körper sind als die Bakteriolysine, Agglutinine und Antitoxine, denn sie stellen sich ihrem Wesen nach als ein Komplement dar. Bei Verwendung der fraktionellen Aufteilung von Serum erweist es sich, dafs die Opsonine zu den Englobulinen Beziehungen haben. Da sie aus dem Serum durch Zusatz von Kreide, Mehl, Karmin, Kohle usw. ausgeschieden werden können, wobei man eine Opsonisierung der zugesetzten Körper konstatieren kann, so ist infolgedessen die Vermutung aufgestellt, dafs sie ihrem Wesen nach als Fermente anzusprechen sind. Von den Stimulinen ferner unterscheiden sie sich dadurch, dafs sie auf die Leukocyten direkt nicht einwirken. Mit den gewöhnlich verwendeten klinischen Untersuchungsmethoden werden bei der Bestimmung der opsonisierenden Fähigkeit des Blutes die Stimuline, falls sie vorhanden sind, auch in die Berechnung einbezogen. Dies ist indessen ganz in der Ordnung, da das Endergebnis der Wirksamkeit von Opsoninen und von Stimulinen das gleiche ist.

In dem normalen Blutserum sind die Opsonine möglicherweise in gleichmäfsiger oder konstanter Menge vorhanden. Man glaubt, dafs das Quantum der Opsonine im Blute von gesunden Menschen keine Schwankungen von einem Tag zum andern aufweist, wenn auch von SIMON u. a. gewisse Abweichungen berichtet worden sind. Bei gesunden Menschen fand man ferner bei Anwendung der WRIGHTschen Berechnungsmethode, dafs das Serum durchweg die gleiche quantitative Opsoninreaktion für Tuberkelbazillen, Staphylokokken und andere Keime besitzt.

Die Opsonine des normalen Serums sind thermolabil; durch Erhitzen des Serums auf 60° C büfsen sie ihre Leistungsfähigkeit ein. Man nimmt im allgemeinen an, dafs sie durch diesen Temperaturgrad vernichtet werden. Früher schrieb man den Opsoninen des normalen Serums spezifische Eigenschaften zu, d. h. man nahm an, dafs für jedes einzelne Bakterium ein spezielles Opsonin im Serum enthalten sein dürfte. Neuere Beobachtungen indessen lassen darauf schliefsen, dafs ihre Verbindungsfähigkeit nicht spezifisch unterschiedlich ist.

Eine künstliche Steigerung des Quantums der im Serum vorhandenen Opsonine kann man durch wirksames Impfen mit abgetöteten Bazillen hervorbringen. Man weifs jetzt, dafs diese künstlich erzeugten Opsonine einen gewissen Unterschied gegenüber den normaliter vorhandenen aufweisen. Derartige Unterschiede sind folgende:

1. Sie sind je für den einzelnen Organismus spezifisch; so steigert z. B. ein effektvolles Impfen mit Tuberkelbazillen die opsonisierende Kraft des Serums gegenüber dem Tuberkelbazillus, bewirkt aber keine Steigerung in bezug auf Staphylokokken, und umgekehrt gilt das gleiche von der Staphylokokkenimpfung.

2. Einige der artifiziell erzeugten Opsonine sind thermostabil, d. h. ihre Aktivität wird durch Erhitzung des Serums auf 60° C nicht zerstört. Die normalen Opsonine dagegen sind, wie schon oben erwähnt wurde, alle thermolabil. Die thermostabilen Immunopsonine besitzen die relativ spezifischen Eigenschaften wie die Antikörper im allgemeinen.

Die bei dem Nachweis der Opsonine angewandten Methoden machen, wenn man die geschriebene Darstellung derselben liest, den Eindruck grofser Einfachheit. In der Wirklichkeit ist dies keineswegs der Fall. Die Technik erfordert grofse Übung, ehe man zuverlässige Resultate erzielt. Dieselbe besteht in der Vermischung einer sorgfältig hergestellten Emulsion von Bakterien (ob lebend oder tot, ist einerlei) mit etwas Blutserum und einigen (behufs Entfernung von Serum usw.) gut gewaschenen Leukocyten. Diese Mischung wird bei Bluttemperatur eine kurze Zeit (15 Minuten) im Brutschrank aufbewahrt, worauf sie auf dem Objektträger ausgebreitet, getrocknet und gefärbt wird. Dann zählt man die von 100 polymorphonukleären Leukocyten aufgenommenen Bakterien. Dabei empfiehlt es sich, auch virulente, womöglich dem Patienten selbst entnommene Bakterien zu verwenden, da sich gewisse Unterschiede in bezug auf die Empfindlichkeit dem Serum gegenüber bei virulenten und nicht virulenten Bakterien bemerkbar machen.

Ferner ist es unbedingt erforderlich, wenn man Präparate von Serum von Patienten anfertigt, gleichzeitig auch ein Kontrollpräparat mit Serum von einem gesunden Menschen herzustellen und dabei in genau den gleichen Verhältnissen die gleiche Emulsion von

Bakterien und Leukocyten anzufertigen. (SIMON [1906] und DEAN [1907] weisen darauf hin, dafs man eine gute Kontrolle des WEIGHTschen bazillären Index erhält, indem man Serum verdünnt und die Zahl der zur Phagocytose fähigen Leukocyten feststellt.)

Die nun folgenden Experimente demonstrieren die Methode nnd geben eine Erklärung für gewisse bisher noch unerwähnt gebliebene Tatsachen. Genaue technische Einzelheiten werden später folgen.

Versuch Nr. I.

Präparat A.

2 Teile einer Emulsion von gewaschenen, lebenden Leukocyten von einem gesunden Menschen;

1 Teil Emulsion von toten Tuberkelbazillen;

2 Teile Serum von einem gesunden Menschen.

Präparat B.

2 Teile Emulsion von gewaschenen, lebenden Leukocyten von einem gesunden Menschen (die gleiche Emulsion wie bei A);

1 Teil Emulsion von toten Tuberkelbazillen (die gleiche Emulsion wie bei A);

2 Teile Serum von einem Lupuskranken.

Jedes der beiden obigen Präparate wird gemischt und genau gleich lange im Brutschrank (15 Minuten) gehalten; dann wird jedes ausgebreitet, fixiert, gefärbt und untersucht. So findet man, dafs das Präparat A (das Kontrollpräparat) in 100 polymorpho-nukleären Leukocyten 350 Tuberkelbazillen aufweist. Das in genau der gleichen Weise behandelte Präparat B zeigt in 100 Zellen nur 200 Bazillen. Der Opsonin-Index (die Verhältniszahl zwischen den beiden Präparaten, wobei das Kontrollpräparat die Einheit abgibt) wird berechnet, indem man die Anzahl der in B gezählten Bazillen durch die Zahl der in A enthaltenen dividiert, d. h.: $\frac{200}{350} = 0{,}57$. Somit erhält man als Opsonin-Index des Lupusfalles (B) die Zahl 0,57.

Versuch Nr. II.

Präparat A.

2 Teile Emulsion von gut gewaschenen, lebenden Leukocyten von einem Lupuskranken;

1 Teil Emulsion von toten Tuberkelbazillen;

2 Teile Serum von einem gesunden Menschen.

Präparat B.

2 Teile der gleichen Emulsion von Leukocyten von einem Lupuskranken wie bei A;

1 Teil der gleichen Bazillenemulsion wie bei A;

2 Teile Serum von demselben Lupuskranken wie beim Versuch Nr. I.

Diese zwei Präparate werden in der nämlichen Weise behandelt wie beim Experiment I. Es ergibt sich dabei, dafs 100 polymorpho-nukleäre Leukocyten des Präparates A 346 Bazillen aufnehmen, während ebenso viele Leukocyten des Präparates B nur 185 aufnehmen.

Demnach ist der Opsonin-Index $\frac{185}{346} = 0{,}53$.

Dies ist faktisch derselbe Index wie der beim Versuch I erhaltene Wir ersehen daraus, daſs der Ursprung der Leukocyten, soweit sie vom Patienten selbst oder einer gesunden Kontrollperson stammen, das Resultat nicht weiter beeinfluſst. Dies ist bereits durch eine groſse Reihe von Experimenten bestätigt worden; Abweichungen ergaben sich nur bei einigen wenigen Fällen, bei denen offenbar ein abnormer Zustand der Leukocyten obwaltete. Ein Beispiel solcher abnormen Beschaffenheit findet sich bei Patienten mit Dermatitis herpetiformis mit einem hohen Prozentsatz an eosinophilen Zellen. Über die phagocytäre Tätigkeit der eosinophilen Zellen haben BUSHNELL und WILLIAMS (*Brit. Journ. of Dermatol.* Mai 1906) Untersuchungen angestellt.

Versuch Nr. III.

Präparat A.

2 Teile Emulsion von lebenden Leukocyten;

1 Teil Emulsion von Tuberkelbazillen;

2 Teile Serum von einer gesunden Person.

Präparat B.

2 Teile derselben Emulsion von Leukocyten;

1 Teil derselben Emulsion von Tuberkelbazillen;

2 Teile Serum von einer anderen gesunden Person.

Obige Präparate zeigen nach Behandlung wie bei den Versuchen I und II als Zählungsresultat bei A 391 Tuberkelbazillen in 100 Leukocyten und bei B 375 in ebenso vielen Blutkörperchen. Somit erhalten wir als Opsonin-Index $\frac{375}{391} = 0{,}95$. Es ist also der Opsonin-Index für den Tuberkelbazillus bei Serum von Person A als 1,0 angegeben und bei Person B als 0,95, was für die Praxis als gleichbedeutend gelten muſs, denn der kleine Unterschied ist als ein Fehler in der Technik anzusehen.

Die Untersuchungsmethode enthält mancherlei Fehlerquellen, und ein Variieren des Index etwa zwischen 1,2 und 0,8 kann nicht als ein wesentlicher Defekt angesehen werden. Gröſsere Schwankungen als diese indessen müssen, falls die Untersuchung von einem geübten Arbeiter ausgeführt worden ist, jedenfalls als Zeichen einer entschiedenen Abnormität in der opsonisierenden Leistungsfähigkeit des untersuchten Individuums gelten.

Das Kapitel von den Variationen der opsonisierenden Kraft des Serums bei gesunden Menschen ist von vielen Forschern bearbeitet worden. Der Anfänger auf dem Opsoningebiet wird immer eine groſse Zahl derartiger Untersuchungen ausführen müssen, bis er durch die Übung eine genügende Fertigkeit in der Technik erlangt. So hat der eine der Verfasser (A. W. WILLIAMS) zwei Monate hindurch seine Muſse mit Untersuchungen seines eigenen Serums sowie desjenigen von Dr. BUSHNELL und der Laboratoriumsdiener ausgefüllt. Während der ersten Zeit dieser Arbeiten

erhielt er außerordentlich schwankende Ergebnisse, sowohl was Tuberkel als auch was Staphylokokken betrifft. Im weiteren Verlauf wurden diese Ungleichheiten stetig kleiner, bis am Ende des zweiten Monats der Untersuchungen die Abweichung, was Tuberkelpräparate betraf, nur an der zweiten Dezimalstelle hervortrat, d. h. 1,09 und 0,91.

Von erfahrenen Beobachtern sind lange Zahlenreihen in bezug auf diesen Punkt veröffentlicht worden, von denen einige als Beispiele angeführt werden mögen.

Bulloch verglich sein eigenes Serum mit dem von 34 allem Anscheine nach gesunden Studenten der Medizin und 32 ebensolchen Pflegeschwestern. Die Probe wurde mit dem Tuberkelbacillus ausgeführt. Indem er sein eigenes Serum als Kontrolle annahm (d. h. als Opsonin-Index 1,0) konstatierte er bei den Pflegerinnen und Studenten ein Variieren zwischen einem Maximum von 1,2 und einem Minimum von 0,8. Der Durchschnitt stellte sich für die sämtlichen 66 Personen auf 0,95.

Urwick hat eine Liste von 20 ähnlichen Fällen mit einem Durchschnitt von 1,006 veröffentlicht. Addiert man die beiden Versuchsreihen, so ergibt sich für die 86 gesunden Fälle ein Durchschnitt von 0,97. Ferner machte Urwick von einem Tage zum anderen eine Serie von Untersuchungen an einem und demselben Menschen. Indem er sein eigenes Serum als Kontrolle zugrunde legte, verglich er es zu verschiedenen Zeiten mit dem Serum eines anderen gesunden Individuums, wobei folgende Resultate (Bulloch, *Practitioner*, 1905, Bd. I, S. 601) sich ergaben:

Datum:	Opsonin-Index der gesunden Person:
1. November	1,1
8. „	1,0
12. „	1,0
30. „	1,15
5. Dezember	0,9
8. „	0,9
13. „	1,0
14. „	1,0
19. „	1,0

Bei Patienten mit bakteriellen Erkrankungen weist der Opsonin-Index erhebliche Schwankungen auf. Die folgenden Zahlen sind als Beispiele aus einer großen Reihe von Veröffentlichungen entnommen.

Bullochs Serie von 150 Fällen von Lupus vulgaris.

Opsonin-Index	Zahl der Fälle	Prozentzahl der Gesamtzahl der Fälle
Zwischen 0,2 und 0,3	3	2,0%
„ 0,3 „ 0,4	3	2,0%
„ 0,4 „ 0,5	21	14,0%
„ 0,5 „ 0,6	29	19,6%

Opsonin-Index	Zahl der Fälle	Prozentsatz der Gesamtzahl der Fälle
Zwischen 0,6 und 0,7	33	22,0%
„ 0,7 „ 0,8	22	14,0%
„ 0,8 „ 0,9	18	12,0%
„ 0,9 „ 1,4	14	9,3%

Bei dieser Serie von Lupusfällen, welche also Schwankungen des Opsonin-Index von 0,25 bis 1,4 aufwiesen, wurde konstatiert, daſs die Patienten mit einem subnormalen Index unter Finsenscher Lichtbehandlung nicht gut gediehen, während diejenigen mit übernormalem Index dabei gute Fortschritte machten.

Eine weitere interessante Serie von Lupusfällen ist kürzlich von Western (*Lancet.* 16. Nov. 1907) veröffentlicht worden.

Westerns Serie von 80 Fällen von Lupus vulgaris.

Ein Opsonin-Index unter 0,55	fand sich bei	2 Fällen
„ „ zwischen 0,56 und 0,65	„ „ „	6 „
„ „ „ 0,66 „ 0,75	„ „ „	14 „
„ „ „ 0,76 „ 0,85	„ „ „	22 „
„ „ „ 0,86 „ 0,95	„ „ „	16 „
„ „ „ 0,96 „ 1,05	„ „ „	9 „
„ „ „ 1,06 „ 1,15	„ „ „	7 „
„ „ „ 1,16 „ 1,25	„ „ „	0 Fall
„ „ „ 1,26 „ 1,35	„ „ „	2 Fällen
„ „ „ 1,36 „ 1,45	„ „ „	2 „

Bei 25 Fällen von lokalisierten und komplikationsfreien Staphylokokkenläsionen konstatierte Bulloch einen für diese Mikroorganismen subnormalen Opsonin-Index.

Patienten mit fortwährend rezidivierender Furunkulose haben für Staphylokokken fast ausnahmslos einen niedrigen Index, und dieselbe Erscheinung wird bei Acne vulgaris u. a. konstatiert.

Die nächste Frage, welche sich nun aufdrängt, ist die nach dem Grunde, weshalb die mit Lupus, Furunkulose usw. behafteten Patienten so oft einen niedrigen Opsonin-Index haben. Es kann ja der Fall sein, daſs die Opsonine fortwährend verbraucht werden, indem sie sich mit den Bakterien vereinigen, und daſs die Erzeugung eines frischen Vorrats mit Schwierigkeiten verknüpft ist. Daſs dies sich tatsächlich so verhält, kann durch verschiedene Beweisgründe erhärtet werden. Der Verbrauch der Opsonine im Serum durch Bakterien in vitro ist eine feststehende Tatsache, und die klinische Beobachtung wiederum gibt eine Stütze für die Ansicht, daſs dasselbe auch im lebendigen Organismus sich vollzieht.

Ferner entsteht die Frage, ob es möglich ist, dem Kranken durch Steigerung seines Opsonin-Index mittels Injektion von toten Bakterien zu nützen. Die klinische Erfahrung läſst erkennen, daſs dies sehr wohl möglich ist, wenn die Injektionen in geeigneten Dosen gegeben werden

und mit zweckmäſsig eingerichteten Pausen zwischen den einzelnen Gaben sowie unter Beachtung des für diese Behandlung geeigneten Zeitpunktes. Um dieses Problem richtig zu erfassen, ist es erforderlich, die auf eine Injektion von bakterieller Vaccine folgenden Ereignisse in ihrer Zeitfolge kennen zu lernen. Das Wort Vaccine ist hierbei im weiteren Sinne, der Definition von WRIGHT entsprechend, angewandt, als „eine jede chemische Substanz, welche bei Einverleibung in den Organismus die Entstehung von Schutzsubstanzen dort bewerkstelligt". Bakterielle Vaccinen können aus abgetöteten Kulturen oder aus Emulsionen von toten Bakterien oder aus Substanzen, welche aus toten Bakterien gewonnen wurden, bestehen. Das Tuberkulin ist derart eine bakterielle Vaccine.

Betrachten wir zunächst das opsonische Ergebnis der Impfung eines Lupuskranken mit einer kleinen Dosis von Tuberkulin TR. Aus den opsonischen Untersuchungen geht hervor, daſs nur kleine Gaben von Nutzen sind, und daſs die üblen Wirkungen der Tuberkulinbehandlung früherer Zeiten die direkte Folge der übermäſsigen Gröſse oder der allzuschnellen Wiederholung der Injektionen war. Dies ist zwar nicht etwa eine neuentdeckte Tatsache, aber jedenfalls eine frappante Bestätigung der Richtigkeit der (von manchen Autoren bekämpften) UNNAschen Beobachtungen, welche von ihm noch verfochten wurden, als das Tuberkulin in Miſskredit verfiel, daſs nämlich bei der Behandlung von Lupus das Tuberkulin bei Verabreichung in minimalen Dosen sowohl in mancherlei Weise nützlich als auch ungefährlich ist.

Man injiziert eine Dosis von 1/2000 mg Tuberkulin TR einem Lupuskranken mit niedrigem Opsonin-Index. Sehr bald findet ein weiterer Abfall des Index statt ohne ausgesprochene klinische Erscheinungen, welche auf diese Verminderung schlieſsen lassen würden, vielmehr ist dieselbe nur mittels der Blutprobe zu erkennen; höchstens fühlt sich der Kranke ein wenig abgespannt, was aber ebensogut auch nicht der Fall sein kann. Nichtsdestoweniger zeigt der Lupusherd Neigung zum Weiterschreiten, und der Kranke ist in diesem Stadium für eine tuberkulöse Infektion empfänglicher als sonst, weshalb es ratsam ist, ihn der Ruhe pflegen zu lassen und ihn möglichst von etwaigen Ansteckungsquellen fernzuhalten. Das tuberkulöse Gebiet soll dabei möglichst vor jeder Reizung behütet werden. Diese Periode der herabgesetzten opsonischen Kraft wird als „Negatives Stadium" bezeichnet. Das negative Stadium dauert bald nur wenige Stunden, bald mehrere Tage, aber je kürzer es ist, desto besser. Ein langdauerndes negatives Stadium deutet auf eine zu groſse Gabe von Vaccine. Auf die negative Phase soll die „Positive Periode" folgen. Der Beginn derselben ist durch das Ansteigen des Opsonin-Index gekennzeichnet. Dieser Anstieg hält eine Zeitlang an und übertrifft oft die Norm ganz erheblich. Zuletzt ist ein gewisser Höhepunkt erreicht,

und das Ansteigen hört auf. (Die opsonische Flut hat ihren Gipfel erreicht.) Dann folgt nach einer verschieden lang bemessenen Zwischenzeit ein Abfall; anfangs geht derselbe zuweilen rapide vor sich, um dann langsamer zu werden, bis der Index unter die Norm herabgeht, ohne aber ganz so tief wie vor der Injektion zu fallen. Während der Zeit des hohen Opsonin-Index im positiven Stadium zeigt das lupöse Gebiet eine erkennbare Besserung, und diese tritt noch deutlicher hervor, wenn hyperämisierende Mittel noch zu Hilfe genommen werden. Denn diese bewirken eine Durchtränkung des betreffenden Teiles mit opsoninreichem Serum; die Opsonine sind aber von Leukocyten begleitet, welche die Bazillen alsbald nach deren Verbindung mit den Opsoninen in Angriff nehmen. Die hier geschilderte Reihenfolge der Vorgänge ist durch das nachstehende Diagramm (Fig. 1) veranschaulicht.



Fig. 1.

Das Ergebnis einer einzigen wirksamen Dosis Tuberkulin:

YZ, die punktierte Linie: normales Opsonin-Niveau.

AB: Opsonin-Niveau des Serums des Patienten vor der Injektion, negatives Stadium.

BCDE: negatives Stadium nach der Injektion.

EFGHI: positives Stadium.

IK: Opsonin-Niveau des Serums des Patienten am Ende der Vaccine-Reaktion.

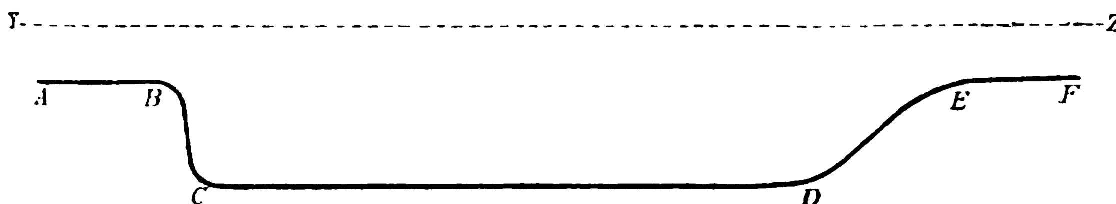


Fig. 2.

Nachteilige Wirkung einer zu grofsen Tuberkulindosis.

YZ, punktierte Linie: normaler Opsonin-Index.

AB: Niveau der Opsonine im Serum des Patienten vor der Injektion, ein negatives Stadium.

BCDE: prolongiertes negatives Stadium.

EF: Rückkehr zu dem früheren Niveau ohne Eintritt eines positiven Stadiums.

Unter Umständen zeigt die Reihe der Erscheinungen nach einer Tuberkulindosis ein ganz anderes Bild. Man gibt, nehmen wir an, eine Dosis von 1/400 mg Tuberkulin TR bei einem Lupuskranken. Wie bei

dem erstenmal fällt der Opsonin-Index auf ein niedriges Niveau, auf welchem er mehrere Tage oder Wochen verbleibt, ohne aber dann in ein deutliches positives Stadium überzugehen. Fig. 2 veranschaulicht diese nachteilige Reaktion, die Folge einer zu grofsen Dosis.

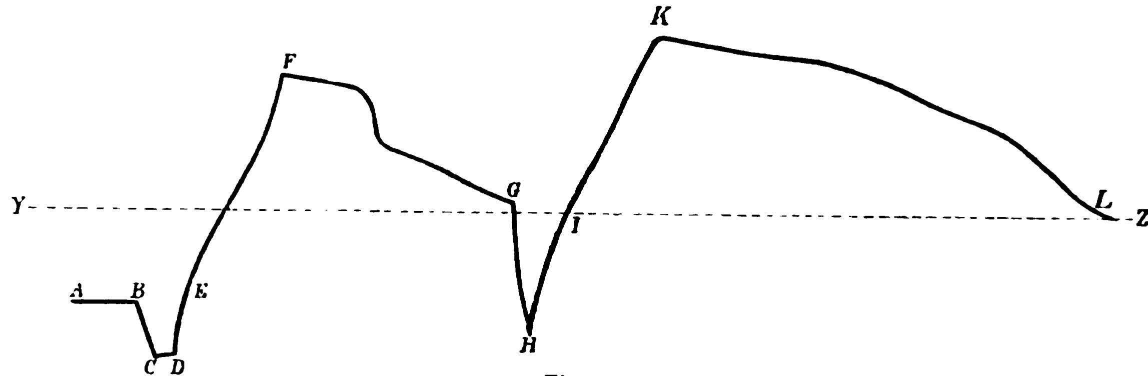


Fig. 3.

Gutes Resultat einer zweiten Injektion.

YZ: normales Opsonin-Niveau.

AB: Opsonin-Niveau des Kranken vor der ersten Einspritzung.

BCDE: erste negative Phase nach der ersten Injektion.

EFG: erste positive Phase nach der ersten Einspritzung.

GHI: zweites negatives Stadium nach der zweiten Injektion (nicht so tief und nicht so anhaltend wie das erste negative Stadium).

IKL: zweites positives Stadium nach der zweiten Einspritzung (von längerer Dauer und mit stärkerer Erhebung, als bei der ersten positiven Periode der Fall war).

Recht erheblichen Vorteil dagegen kann man von wiederholten Tuberkulininjektionen haben, wenn der opsonische Index des Kranken häufiger geprüft wird. Die folgenden Diagramme repräsentieren dasjenige, was anzustreben (Fig. 3) ist, und dasjenige, was zu vermeiden (Fig. 4) ist, wenn man eine Tuberkulineinspritzung wieder verabreichen will.

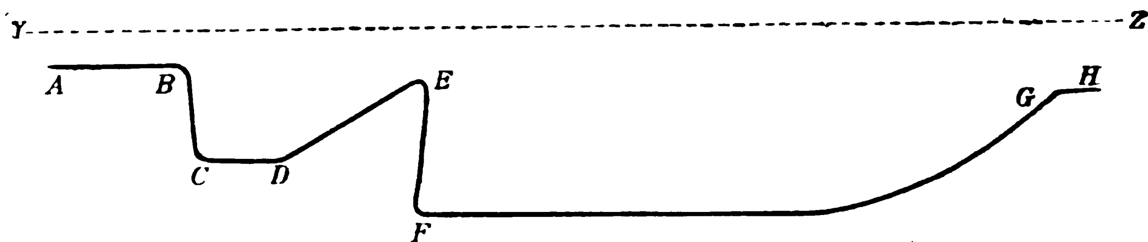


Fig. 4.

Ungünstiges Resultat nach Verabreichung einer zweiten Tuberkulingabe zu bald nach der ersten.

YZ: normales Opsonin-Niveau.

AB: Opsoninhöhe des Patienten vor der ersten Injektion.

BCDE: erste negative Periode nach der ersten Injektion.

EFG: zweite negative Periode nach der zweiten Injektion; dieselbe zeigt einen gröfseren Abfall und längeres Bestehen, und ein positives Stadium ist dabei vereitelt worden.

Andererseits kann ebenfalls ein schlechtes Resultat, wenn auch in anderer Form herbeigeführt werden, wenn die zweite Tuberkulindosis zwar zur rechten Zeit, aber in übermäfsiger Stärke verabreicht wird. Dann ereignet es sich leicht, dafs die zweite negative Phase, anstatt kleiner als die erste zu sein, gröfser als dieselbe ausfällt.

Die obigen Beispiele demonstrieren den grofsen Wert der oft wiederholten Bestimmungen des Opsonisierungsindex auf Tuberkel bei der Vaccinebehandlung von tuberkulösen Affektionen. Wir kennen keine anderen klinischen Untersuchungsmethoden, um den günstigsten Zeitpunkt für die zweite Injektion zu erkennen (nämlich gegen Ende der ersten positiven Periode). Leider ist die Dauer der zwei Phasen nach der Einspritzung bei der Tuberkulinimpfung eine sehr variabele. Bei Staphylokokken-Vaccinen zeigt sie eine erheblich gröfsere Konstanz. Ungünstig ferner ist der Umstand, dafs das Verfahren zur Feststellung des Opsonin-Index recht viel Zeit erfordert und infolgedessen auch kostspielig ist. Das von den Pathologen in England gewöhnlich geforderte Honorar beträgt eine Guinee (21 Mark) für jede Bestimmung des Opsonisierungsindex. Somit kann sie nur an besitzreichen Hospitälern oder für wohlhabende Kranke zur Anwendung kommen. Diese Tatsache soll aber nicht als Gegenindikation für die Anwendung des Tuberkulins aufgefafst werden, nur ist es nötig, zwischen die Einspritzungen eine sehr lange Pause einzuschalten. Verfasser (A. W. Williams) gibt bei seinen Patienten das Tuberkulin jetzt nie mit weniger als einem dreiwöchigen Intervall und meistens erst nach Ablauf von vier Wochen in Dosen von $^1/_{2000}$ mg bei Erwachsenen und entsprechend weniger bei Kindern, falls der Opsonin-Index nicht eruiert worden ist. Es ist besser, die Zwischenzeit über das Mafs auszudehnen als die Injektionen zu häufig zu geben.

Wenn man den Opsonisierungsindex eines unbehandelten Tuberkulosekranken häufiger prüft, wird man dabei mancherlei Unregelmäfsigkeiten konstatieren. Es tritt vielfach ein Abfall auf eine ganz tiefe Stufe ein, um alsbald einer Steigerung bis zu einem sehr hohen Grade Platz zu machen. Diese Schwankungen treten deutlicher hervor bei Fällen mit konstitutionellen Infektionen und Lungenerkrankung als bei einer umschriebenen lokalen Infektion wie Lupus. Sie finden sich aber, wenn schon in geringerem Grade, auch bei den lokalisierten Infektionen. Diese Schwankungen sind wahrscheinlich durch Selbstimpfungen von den erkrankten Gebieten aus bedingt. Sie finden ihr Analogon in der Methode der Autotuberkulinbehandlung mittels kräftiger Massage einzelner Knötchen an einem Lupusherd. Dieses Verfahren wurde von Unna bereits im Jahre 1891 eingeführt. Ähnliche Resultate erzielt man auch durch das Curettieren tuberkulöser Drüsen usw., aber hierbei ist es natürlich nicht so leicht, die Stärke der Dosis zu kontrollieren wie bei der Injektionsmethode.

Die oben erwähnte Unregelmäſsigkeit in der Höhe des Opsonin-Index kennzeichnet einen zweiten groſsen Vorzug der Methode, nämlich deren diagnostischen Wert. Ob hoch oder niedrig, die Opsonisierungsziffern sind wertvolle diagnostische Anhaltspunkte, und ausgesprochene Schwankungen sind von noch gröſserer Bedeutung.

Ein ferneres diagnostisch wertvolles Moment wurde von DAVID LAWSON und JAN STRUTHERS entdeckt und in einer Sitzung der Edinburgh Medical Society (14. November 1905) von ihnen beschrieben. Sie hatten nämlich konstatiert, daſs bei gesunden Individuen nach Verabreichung von Tuberkulin in ganz minimalen Dosen ein sofortiger Anstieg sich einstellte, und eine negative Periode nicht nachzuweisen war; daſs dagegen bei Patienten mit tuberkulöser Erkrankung der anfängliche Abfall des Opsonin-Index immer zu erkennen war.

Die Opsonisierungsmethoden sind ferner nützlich als ein Fingerzeig für die günstigste Zeit für die operative Behandlung von Lupus, namentlich für die Anwendung des Curettements, das Skarifizieren und die verschiedenen Kauterisationsverfahren. Bei der totalen, weit im gesunden Gewebe ausgeführten Exzision sind sie von geringerer Wichtigkeit. Die anderen Eingriffe lösen eine gewisse Menge Tuberkulin ab und wirken somit wie eine Vaccine. Deshalb soll man sie nicht während einer negativen Periode anwenden, mag der negative Zustand bedingt sein durch Auto-Inokulation oder durch artifizielle Impfung, weil dann das Resultat ähnlich ausfallen würde wie das in Fig. 4 (S. 122) dargestellte. Ein Rezidivieren der Krankheit ist dann mit der gröſsten Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Wenn dagegen die Operation während einer positiven Periode ausgeführt wird, ist ein Rezidiv weniger wahrscheinlich.

Die Reaktion auf die FINSENsche Lichtbehandlung, Röntgenstrahlen usw. ist stets eine günstigere, wenn der Opsonisierungsindex hoch ist. Diese Behandlungsarten sollten im Verein mit der Verabreichung von Tuberkulin angewandt werden. Soweit als möglich, soll die Periode der Reaktion zusammenfallen mit dem positiven Stadium. Dieses Zusammentreffen ist natürlich bei der Röntgenbestrahlung nicht immer leicht zu erreichen, bei der FINSENschen Beleuchtungsmethode dagegen kann man meistens den Zeitpunkt richtig treffen.

Zum Schluſs mögen ein paar Worte über Staphylokokken-Vaccinen hier noch Platz finden.

Dieselben werden aus Kulturen der Mikroorganismen bereitet. Man stellt eine Emulsion mit 0,75 %iger Salzlösung und den durch eine zwei- oder mehrstündige Erhitzung auf 60° C abgetöteten Organismen her. Die Emulsion wird noch nach einer in einer späteren Abhandlung zu beschreibenden Methode auf den Normalgehalt gebracht. Eine zweite brauchbare Methode ist die, daſs man ein abgemessenes Quantum einer Bouillon-

kultur nach einer Inkubation von gewisser Dauer nimmt, oder auch man kann eine Emulsion mit einer abgewogenen Menge der getrockneten Bakteriensubstanz verwenden.

Wie bei der Tuberkulose folgt hierbei auf die Injektion ebenfalls eine negative nebst einer positiven Phase. Die Dauer derselben ist jedoch eine weit gleichmäfsigere als beim Tuberkel. Aus einer grofsen Anzahl von Beobachtungen geht hervor, dafs die positive Phase mit grofser Konstanz am 17. Tage ihr Maximum erreicht. Man kann also nach Ablauf dieser Zeit von einer zweiten Einspritzung einen guten Erfolg erwarten, ohne erst den Opsonin-Index im Serum des Kranken zu bestimmen.

Die gewöhnlich verabreichte Dosis besteht aus 500 Millionen bis einer Milliarde Kokken. Man hat festgestellt, dafs 0,1 mg getrocknete Bakterienmasse einer Milliarde Kokken entspricht.

Einige Ärzte verwenden Bouillonkulturen und impfen ein abgemessenes Quantum Bouillon im Reagensglas mit einer bestimmten Öse voll Kokken; man stellt das Glas auf 24 Stunden in den Inkubator und sterilisiert dann durch Erhitzen. Blakeway hat gefunden, dafs er mit diesem Verfahren immer eine Bouillonkultur erhalten kann, welche 600 Millionen Kokken in zwei Drittel eines c. c. des Nährmediums enthält. Er hat unter Verwendung dieser Vorschrift gute Resultate erhalten, ohne dafs es nötig war, jede entnommene Probe auf den Normaltiter zu bringen. (Lockwood, *Brit. med. Journ.* 31. August 1907.)

Die Wirkung bakterieller Vaccinen bei pyämischen und universellen Infektionen, die Technik bei der Bestimmung des Opsonin-Index und der Anfertigung von bakteriellen Vaccinen, kurze Berichte über die mit den Opsoninmethoden behandelten Fälle sowie eine Zusammenstellung der bisher erschienenen Literatur werden den Inhalt späterer Abhandlungen bilden.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Bad Salzschlirf.)

Aus der dermatologischen Abteilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien
(Prof. Dr. S. Ehrmann).

Die Nebennierenpräparate als diagnostisches Hilfsmittel in der Dermatologie.

Von

Dr. Ferdinand Winkler.

Legt man eine dünne Watteschicht, die mit einem Nebennierenpräparat getränkt ist, auf die unversehrte Haut und beläßt sie durch etwa zehn Minuten unter leichtem Andrücken an der gleichen Stelle, so sieht man an der Haut einen der Watteschicht entsprechenden weißen Fleck, der etwa eine Viertelstunde bestehen bleibt und sich dann allmählich der Farbe der umgebenden Haut nähert. Man kann auf diese Weise kleine Bezirke der Haut anämisieren und so gewissermaßen auf biologischem Wege eine dem Glasdruck verwandte Methode schaffen.

Dieser Versuch stimmt mit den Angaben von Alois Velich[1] überein, daß die intakte Haut unter dem Einflusse des Nebennierenextrakts erblaßt, er steht aber im Gegensatz zu den Beobachtungen, welche Julius Baum[2] über die Wirkung der Nebennierenpräparate auf die Haut angestellt hat; es ist deshalb nötig, auf diese näher einzugehen. Seine Untersuchungen gehen von der Beobachtung aus, daß bei dem Aufpinseln von Nebennierensubstanzlösung auf die normal epithelisierte Haut keine Wirkung eintrete; erst mit dem Moment, in welchem eine Epithelläsion vorhanden sei, werde die Substanz wirksam; dabei genüge es nicht, die Haut mit Benzin oder Chloroform zu entfetten; es müsse ein Epitheldefekt durch oberflächliche Reibung mit Glaspapier oder Schmirgelpapier geschaffen werden, wenn auch häufig, bei weniger dicker Hornschicht, ein Abreiben mit Äther und Seifenspiritus hinreiche. Neben der Setzung eines Epitheldefektes empfiehlt Baum auch die Kataphorese von Nebennierenpräparaten mittels des konstanten Stromes.

Wenn er eine normale Hautstelle mit Glaspapier leicht abrieb, um die Substanz eindringen zu lassen, oder diese kataphorisch einführte, so sah

---

[1] Alois Velich, Über die Einwirkung der örtlichen Applikation des Nebennierenextraktes auf die Blutgefäße der Haut des Menschen, *Wien. med. Blätter.* 1897. S. 735.

[2] Jul. Baum, Zur Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1905. Bd. 74, S. 59.

er als charakteristische Wirkung eine leichenartige, alabasterfarbene Blässe auftreten. An der Hand- und Fufssohle mit ihrer dicken Epithelüberkleidung gelang es ihm bei einfachem, leichtem Abreiben mit Glaspapier in der Regel nicht, den zur Wirkung nötigen Substanzdefekt zu schaffen; es treten zuerst stecknadelkopfgrofse, weifse Herde auf, die nach und nach gröfser werden und zu einer gleichmäfsig weifsen Fläche konfluieren. Je stärker der Substanzdefekt sei, und je schneller die Nebennierensubstanz einwirken könne, um so intensiver sei die Wirkung. Ebenso sei bei der Kataphorese die Wirkung bis zu einem gewissen Grade der Stromstärke entsprechend.

Baum beschreibt ferner die Entstehung der Gänsehaut unter der Einwirkung der Nebennierensubstanz; die Haare werden aufgerichtet, die Ansatzstellen der Haare erscheinen eingezogen und vertieft. Die Gänsehautbildung trete um so stärker auf, je stärker die glatte Muskulatur ausgebildet sei, also am Scrotum, am Penis, am Perineum und am Vorderarm; dagegen komme es auf der Haut des Gesichtes, des Handrückens und Handtellers, wo die Arrectores schlecht entwickelt sind oder fehlen, nicht zur Gänsehautbildung. Die Intensität der Einwirkung sei von Bedeutung für das Zustandekommen der Gänsehaut; bestreiche man eine durch Abreiben vorbehandelte Handfläche mit der Substanz, so trete nicht im ganzen Bereiche der entstehenden Blässe auch Gänsehautbildung ein, sondern es bestehe dann gewöhnlich ein Randbezirk, in dem es wohl zur Erblassung, aber nicht zur Gänsehautbildung komme.

Die Schnelligkeit und Dauer der Wirkung hänge von der Konzentration der Lösung und von der Gröfse des Substanzdefektes ab; im allgemeinen trete die Wirkung nach ein bis zwei Minuten ein und dauere ein bis zwei Stunden. Der Anämie folge wieder das normale Verhalten, keine Hyperämie.

Baums Versuche zeigen weiterhin, dafs aktiv und passiv hyperämische Haut ohne Entzündung auf Nebennierensubstanz wie normale Haut reagiert. Die Haut wird anämisch, es bildet sich die Gänsehaut, die anämisierende Wirkung reicht 1 bis 2 mm über die Grenze der Applikation hinaus; die Wirkung beginnt nach ein bis zwei Minuten, die Dauer beträgt eine halbe bis zwei Stunden.

Wenn er bei Leuten mit Urticaria factitia, bei denen die Haut vasomotorisch leicht erregbar ist, eine Hautstelle mit Glaspapier abrieb und dann mit der Lösung bepinselte, so gelang es dann nicht mehr, an der anämisierten Stelle das vasomotorische Reizphänomen hervorzurufen. Hat man umgekehrt das Reizphänomen hervorgerufen und führt dann kataphorisch Adrenalin an dieser Stelle ein, so tritt Anämie und Gänsehautbildung ein, während der nicht mit der Substanz behandelte Teil des Reizstückes noch rot bleibt.

Auf Stauungshyperämie wirkt in den BAUMschen Versuchen die Nebennierensubstanz nicht so prompt ein; die unter hohem Drucke befindlichen hyperämischen Venen konnte er nicht zur vollständigen Kontraktion bringen. Dagegen konnte er sich überzeugen, daſs die durch die Nebennierensubstanz hervorgerufene Anämie auch einer lebhaften Kongestionshyperämie gegenüber bestehen bleibt.

Bei der Einwirkung von Nebennierensubstanz auf chronisch erweiterte Hautgefäſse (stark gerötete Keloide, chronisch-hyperämische Narben, Rosacea, Naevi vasculosi und Teleangiektasien) sah er eine gleichmäſsige Erblassung eintreten, sodann die Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe verschwinden. Diese Anämisierung tritt jedoch viel langsamer ein als bei der normalen Haut; bei der gesunden Haut nach Glaspapierabreibung nach einer halben bis zwei Minuten, bei den pathologisch erweiterten Blutgefäſsen erst nach fünf bis zehn Minuten; aus dem erblaſsten Gebiet heben sich deutlicher als zuvor die auch vorher makroskopisch sichtbaren, aber in der allgemeinen Rötung weniger auffallend erweiterten Blutgefäſse ab. Von den makroskopisch erkennbaren Gefäſsen werden die kleinsten nach längerer Zeit auch blutleer, die gröberen nicht. Die eingetretene Anämie ist von kürzerer Dauer als an der normalen Haut, nachträglich tritt eine verschieden stark ausgeprägte, oft sehr intensive, mehrere Stunden andauernde Cyanose an Stelle der ursprünglich hellen Röte auf, ohne daſs die Blutfüllung irgendwie auffallend stärker wäre als vorher; jedoch fällt die cyanotische Verfärbung mehr auf als das vorherige hellere Rot.

Bei exsudativen Entzündungen der Haut fand er, daſs die im Entstehen begriffenen Exsudationen herabgesetzt oder vermindert werden. Bei akuter Dermatitis mit Rötung sah er diffuses Erblassen, bei Dermatitis herpetiformis sanken bei kataphoretischer Einführung der Nebennierensubstanz die Bläschen ein. Ebenso sah VELICH bei einer Verbrennung, daſs die mit Nebennierensubstanz behandelten Stellen frei von Blasen blieben, während an den nicht behandelten Stellen Blasen auftraten.

Bei frischen, lebhaft geröteten Psoriasisplaques konnte BAUM feststellen, daſs sehr rasch die Erblassung, nicht bloſs an der Effloreszenz, sondern auch einige Millimeter über ihre Grenze hinein auftrete. Bei chronischen Hautentzündungen sah er, daſs die Anämie schwerer zustande komme und bald einer cyanotischen Verfärbung Platz mache.

BAUM kommt zum Schlusse, daſs auf der Haut die anämisierende Wirkung der Nebennierensubstanz keine groſse diagnostische Bedeutung habe; sie komme nur bei Lupus vulgaris in Frage, um Lupusknötchen in dem anämisierten Gewebe zu erkennen. Er bemerkt aber, daſs der Glasdruck eine viel einfachere und viel bessere Methode sei; durch den

Glasdruck könnten wir ein Gewebe wirklich anämisieren, während Lupusgewebe durch die Substanz nicht vollständig erblassen. Ferner sei es nötig, zuvor die Haut mit Glaspapier etwas abzureiben, damit die Wirkung überhaupt möglich sei.

Es unterliegt keinem Zweifel, daſs Baum mit seinen Beobachtungen und Schlüssen recht hat; beim Aufpinseln ist man nicht imstande, auf der unverletzten Haut eine Wirkung hervorzurufen. Anders steht es aber, wenn man statt des Aufpinselns die eingangs beschriebene Methode des Andrückens einer mit Nebennierenlösung imprägnierten Watte verwendet.

Ich benutzte zu meinen Versuchen sowohl das Adrenalin der Firma Parke, Davis & Co., wie auch das von Meister, Lucius & Brüning hergestellte Suprareninum hydrochloricum und das Suprareninum syntheticum. Dabei habe ich den Eindruck gehabt, als ob das synthetisch hergestellte Präparat eine geringere Wirkung üben würde; die beiden anderen Präparate schienen mir gleichwertig zu sein.

Zunächst läſst sich feststellen, daſs die Anämisierung genau nur jene Stelle betrifft, welche mit der Suprareninwatte bedeckt war; ein Übergreifen, wie in den Beobachtungen von Baum, lieſs sich nicht beobachten. Auf normaler Haut bleibt der weiſse Fleck zumeist 30—40 Minuten bestehen, um allmählich seine anfangs scharf gezeichneten Grenzen zu verlieren und in die normale Haut überzugehen; bei vasomotorisch leicht erregbarer Haut konnte ich das Bestehen des weiſsen Fleckes durch vier Stunden verfolgen.

Zieht man auf vasomotorisch leicht erregbarer Haut mit einem stumpfen Glasstabe einen Strich, so erhebt sich bald die rote Strichlinie, umgeben von zwei seitlichen weiſsen Linien. Bedeckt man den Strich mit der Suprareninwatte, so verschwindet die Rötung und die Elevation; der rote Strich wird weiſs und vereinigt sich mit den umgebenden weiſsen Strichen zu einem breiten, weiſsen Bande.

Legt man auf die unveränderte Haut die Suprareninwatte, wartet bis zum Entstehen des weiſsen Fleckes und zieht mit dem Glasstabe der Länge nach einen Strich über den Fleck, so daſs zu beiden Seiten des Fleckes auch unbehandelte Haut mit betroffen wird, so erscheint zu beiden Seiten des Fleckes die gewohnte rote Linie mit den weiſsen Begleitbändern, während im Fleck selbst nur andeutungsweise als Verbindung der beiden roten Linien ein Streifen zu sehen ist, der sich durch die Aufrichtung der Arrectores pilorum von der umgebenden Haut unterscheidet.

Legt man auf einen Herd von Lupus vulgaris die Suprareninwatte, so sieht man nach Eintritt der Anämisierung die roten Knötchen aus der blassen Umgebung schön hervortreten. Dies kommt daher, daſs bei Lupus vulgaris und bei anderen Granulomen, bei denen durch Überwiegen der

Plasmoms über die kollagene Substanz ein bräunlichgelber Farbenton auftritt, sich infolge der Suprareninbehandlung das zellige Infiltrat stärker in seiner Eigenfarbe geltend macht.

Die braunrote Farbe der Syphilide ändert sich aber in ganz anderer Weise; hier handelt es sich nicht um zellenreiche entzündliche Herde mit hochgradigem Schwund des Kollagens in einer zellenarmen und kollagenreichen Umgebung, sondern um ein Gewebe, welches neben der Zellinfiltration noch ziemlich viel Kollagen enthält. Die Kupferfarbe setzt sich bekanntlich aus drei Komponenten zusammen, aus der gelben Komponente des Plasmoms, aus dem Rot der oberflächlichen Kapillaren und dem Bläulichrot der tiefen Gefäfse. Durch die Suprareninbehandlung wird die zweite Komponente ausgeschaltet; es bleiben nur das Plasmomgelb und das bläuliche Durchschimmern von Blut aus der Tiefe zurück; dies ergibt eine graugelbe Farbe. Wenn sich viel kollagenes Gewebe, wie bei der Sklerose, zwischen den Plasmomherden befindet, so ist nur die rote Oberflächenfarbe und die Plasmomfarbe an der Entstehung der Schinkenfarbe beteiligt; in diesem Falle ergibt die Suprareninbehandlung eine gelbliche Färbung.

Lupus erythematodes zeigt ebenfalls nur geringe Beeinflussung durch Suprarenin. Das bläuliche in der Farbe der Effloreszenzen verschwindet zwar, aber trotzdem kein Plasmom vorhanden ist, tritt kein Erblassen der Hautpartie auf. Die Haut bleibt rot. Ich erkläre mir diese Tatsache folgendermafsen: Das Suprarenin bedingt aufser einer Blutgefäfskontraktion auch eine Kontraktion der Hautmuskeln, eine Versteifung der Haut. Diese Wirkungen addieren sich gewöhnlich und bewirken um so eher Blässe, je fester das Gewebe an und für sich ist. Wo das Cutisgewebe aber wie beim Lupus erythematodes durch Zellwucherung und nachfolgenden Zellenschwund rarefiziert und dadurch der Gewebsdruck subnormal ist, bleiben die Blutkapillaren wegen mangelnden Aufsendruckes dilatiert, und die Röte schwindet nicht.

Beim Lupus pernio aber fehlt die Erweiterung der Lymphspalten und Rarefaktion des Gewebes; hier übt das Suprarenin seine Wirkung.

Im Gegensatze zu den Granulomen läfst sich das Erythema multiforme ausgezeichnet beeinflussen; auch beim Erythema nodosum verschwindet unter der Suprareninbehandlung die bläuliche Farbe des Knotens. Man kann mittels des Suprarenins durch die erfolgende Blutleere sogar geringfügige Zellinfiltrate feststellen und so die Entzündungen mit Zellinfiltration von den Entzündungen ohne Zelleinlagerung in analoger Weise wie bei der Diascopie trennen.

Die durch Radiumbehandlung hervorgerufene Rötung verschwindet durch Suprarenin. Legt man Suprareninwatte auf eine Hautstelle und darauf Radium, so tritt das Radiumerythem gar nicht auf.

Urticariaquaddeln werden blaſs; das Juckgefühl hört ganz auf oder läſst zum wenigsten wesentlich nach; die Elevation vermindert sich, so daſs nach einer viertelstündigen Einwirkung des Suprarenins die Stelle der Quaddel nicht mehr durch eine Erhebung, sondern nur mehr durch einen intensiv weiſsen Fleck charakterisiert ist. Roseolen bei Typhus und Roseolen bei akutem Gelenkrheumatismus verschwinden unter der Suprareninbehandlung vollständig, weil es sich bei ihnen bloſs um Gefäſsparese in der Umgebung von Hautembolien handelt. Bei der luetischen Roseola aber handelt es sich um Zelleninfiltration; ihre Farbe, die Fournier als pfirsichblütenrot bezeichnet, geht unter der Suprareninbehandlung in grau über; diese Farbennuance dürfte vielleicht mit kleinen Blutaustritten oder mit einem hämoglobinhaltigen Transsudate im Roseolafleck zusammenhängen.

Wird ein entzündeter Follikel mit Suprarenin behandelt, so erblaſst der entzündliche Hof, während sich der elevierte Follikel nicht ändert.

Lichen pilaris ruber geht unter der Suprareninbehandlung in Lichen pilaris albus über, um nach Abklingen der Suprareninwirkung wieder seine ursprüngliche Farbe anzunehmen.

Bei Psoriasis ist das bei der histologischen Untersuchung besonders deutliche Charakteristikon der Gefäſserweiterung sehr gut durch Suprarenin beeinfluſsbar. Die roten Stippchen der Primäreffloreszenzen blassen unter der Suprareninbehandlung ab und gleichen anämischen Papelchen. Bei schuppenden Effloreszenzen läſst sich die Schuppe nach der Suprareninbehandlung sehr leicht ablösen; in vielen Fällen trennt sie sich beim Abnehmen der Suprareninwatte von selbst von der unterliegenden Haut. Dabei ist zu bemerken, daſs auf solchen mit Suprarenin behandelten Effloreszenzen das gewohnte Bild der siebförmigen Blutung natürlich nicht auftritt. Behandelt man von zwei schuppenlosen psoriatischen Stellen die eine mit Suprarenin, so fällt bald der Unterschied zwischen der roten unbehandelten und der gelben behandelten Stelle auf. Die blutlose Psoriasispapel erscheint gelb wie alle Verdickungen der Stachelschichte.

Ganz besonders eigenartig verhält sich das Ekzem gegenüber der Suprareninbehandlung.

Beim seborrhoischen Ekzem ist die bekannte rosenrote Farbe der Effloreszenzen ein gutes Objekt für die Suprareninapplikation. Man sieht die rosenrote Farbe verschwinden und einer gelblichen Platz machen, so daſs man die Effloreszenzen, die sich vorher durch ihre rote Farbe von der gelblichen Umgebung unterschieden haben, nun nicht mehr zu unterscheiden vermag. Dort, wo infolge von Stauung die Farbe der Effloreszenzen bläulich oder blaurot ist, tritt die Nebennierenwirkung noch stärker hervor.

Die bleibende Gelbfärbung entspricht wohl der Hypersekretion der

Schweifsdrüsen und der Talgdrüsen; die durch das Suprarenin zum Verschwinden gebrachte Komponente, welche die rosenrote Farbe bedingt hat, bedeutet das kongestive Element, welches der Erkrankung den Namen Seborrhoea congestiva gegeben hat.

Bei den circinären, aus Kreissegmenten zusammengesetzten Flecken des Ekzema petaloides werden unter der Suprareninwirkung die roten Ränder gelb, und die gelbgefärbten Flächen heben sich gegen die weifse Umgebung noch deutlicher ab.

Beim blutroten seborrhoischen Ekzem der Achselhöhle bleibt nach der Suprareninbehandlung ebenfalls nur eine Gelbfärbung zurück, weil die Farbe nur durch Hyperämie hervorgerufen ist.

Auch bei den anderen Formen der Ekzeme tritt die Suprareninwirkung sehr deutlich hervor; überall erscheinen an den mit Suprarenin behandelten Ekzemstellen die Knötchen durch ihre gelbe Farbe charakterisiert, ihre Umgebung blafst zwar nur wenig ab, läfst aber die Knötchen gut hervortreten.

Man kann mittels der Suprareninmethode sehr gut ein Ekzem von einem Lichen urticatus unterscheiden; bei letzterem ist nach der Nebennierenbehandlung die ganze Hautstelle blafs, und die blassen Knötchen erheben sich von anscheinend normaler Haut aus.

Bei Prurigo habe ich keine Veränderung gesehen.

Bei Herpes zoster verliert bei der Suprareninbehandlung der Hof seine rote Farbe nicht vollständig, er blafst zwar ab, aber er verschwindet nicht; die Bläschen selbst werden nicht geändert.

Gute Erfolge erzielt man bei der Rosacea. Zunächst verschwindet die kapillare Hyperämie der Haut vollständig; dann verschwinden die venösen, an der Nasalfurche senkrecht aufsteigenden Gefäfsverzweigungen, so dafs das scheckig rote Aussehen der Nase einem anämischen Platz macht. In jenen Fällen aber, in denen die tiefen Hautgefäfse erweitert sind und bläulich durchschimmern, hat die Suprareninbehandlung nur einen sehr geringen Einflufs.

Die Nebennierenapplikation kann wohl den Glasdruck nicht verdrängen, sie dürfte aber neben ihm wohl eine Stelle in der Diagnostik verdienen. Mit dem Glase wird das Blut oder das Ödem mechanisch fortgedrängt; nur solange das Diaskop aufgelegt ist, kann das Phänomen des Verdrängens studiert werden; die Suprareninapplikation erlaubt aber, an der anämisierten Stelle noch ziemlich lange die Veränderung zu studieren. Jeder, der sich mit Lupusbehandlung beschäftigt hat, und besonders, wer die lokale Zerstörung von Lupusknötchen etwa mit der Spickmethode von Unna oder mit der Paquelinisierung geübt hat, empfindet es als Erschwerung, dafs nicht gleich unter dem Diaskope die therapeutischen Agentien auf die isoliert hervortretenden Lupusknötchen zur Anwendung

gebracht werden können; bei der Suprareninmethode bleiben aber die Knötchen genügend lange der Therapie zugänglich.

In mancher Hinsicht dürfte sich wiederum die Kombination von Nebennierenapplikation und Glasdruck empfehlen; erstere hebt nur die oberflächliche Blutfüllung auf, während mit dem Diaskope bei entsprechend starkem Drucke auch die tiefer gelegenen Gefäfse von Blut freigemacht werden können. Unter Umständen dürfte daher die Verbindung beider Untersuchungsmethoden von Nutzen sein.

Versammlungen.

Bericht über die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

(*Centralbl. f. Chirurgie.* 1907. Nr. 31.)

Titel: Harnorgane.

Stereocystoskopie und Stereocystophotographie, von S. Jacoby-Berlin. Das neue Instrument gibt uns die Möglichkeit, Objekte im Innern der Blase körperlich zu sehen im Gegensatz zu den flächenhaften Bildern, die wir beim Cystoskopieren mit einem Auge erhalten. Ähnliche Vorteile bieten auch die mit neuem Cystoskop hergestellten stereoskopischen Bilder.

Exstirpation der Prostata, von Kümmel-Hamburg. K. fafst seine Anschauungen über die Exstirpation der Prostata in folgenden Leitsätzen zusammen:

Ist ein Patient mit Prostatahypertrophie wegen einer bestehenden kompletten oder inkompletten chronischen Retention gezwungen, den Harn mit dem Katheter zu entleeren, dann ist eine Operation indiziert, und zwar als aussichtsreichste die Prostatektomie.

Prominiert die hypertrophierte Drüse mehr nach dem Mastdarm zu, und bei sehr fettreichen Individuen, ist die perineale Methode angezeigt; sonst die transvesikale. Die Chancen sind bei beiden Verfahren ungefähr dieselben. Kontraindikationen für die Operation bilden hochgradig gestörtes Allgemeinbefinden, weitgehende Arteriosklerose, diffuse Bronchitis, Niereninuffizienz und Atonie der Blase.

Modifikation der Sectio alta, von Wullstein-Halle a. S. Verfasser schlägt für ausgedehnte Eingriffe in die Blase die temporäre Resektion der Symphyse vor durch doppelseitige Pubotomie und Abmeifselung des Arcus pubis.

Schrumpfblase und ihre Behandlung, von Kausch-Berlin. K. empfiehlt folgende Verfahren:

1. Allmähliche, methodische Dilatation der Blase, solange keine akute Entzündung besteht.

2. Anlegung einer suprapubischen Dauerfistel.

3. In einem Falle wurde mit bestem Erfolg eine Dünndarmschlinge total ausgeschaltet und mit der Blase in Verbindung gebracht.

Totalexstirpation der Harnblase mit doppelseitiger lumbaler Ureterostomie, von T. Rovsing-Kopenhagen. Nach totaler Exstirpation der Blase sucht R. die beiden Ureteren von je einem Lumbalschnitt aus auf, luxiert den peripheren Teil derselben nach aufsen und befestigt ihn in der Wunde. Die Einheilung erfolgt in 8—14 Tagen. Der Harn wird durch eine entsprechende Bandage aufgefangen.

Carl Schramm-Dortmund.

Fachzeitschriften.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

1907. Band IV, Heft 10.

Über Tripperbehandlung und einige modifizierte Heilungsmethoden, von L. Rapiport-St. Petersburg. (Schlufs.) Als eine nützliche Modifikation der Guyonschen Instillationsmethode bei chronischen Fällen empfiehlt R. die Verwendung einer einfachen Tripperspritze mit spitzem Ansatz und eines möglichst dicken Nélaton-Katheters. Er sucht auf diese Weise die Urethra mit der Lapislösung möglichst auszudehnen und die Falten zu glätten. Bei empfindlichen Patienten wird Cocain. nitric. zugesetzt, oder es wird vor der Einspritzung kokainisiert. Für die Bespülung der Harnröhre bei chronischem Tripper findet R. die Kutnerschen Doppelkatheter sehr nützlich; nur sei es notwendig, an das Abflufsstück ein Gummirohr, etwa einen Nélaton-Katheter anzusetzen, welches man abwechselnd zuklemmt und öffnet, weil sonst die Spülflüssigkeit wieder abfliefst ohne eine wirkliche Bespülung der Schleimhaut zu bewirken. Ferner nimmt Verfasser bei chronischen Fällen sehr gerne seine Zuflucht zu „Druckinstillationen“. Darunter versteht er folgendes Verfahren: eine Spritze von 50 ccm Inhalt wird mit einem Gummihütchen versehen und mit einer kalten 1/4—1/3 % (selten 1—2 %) Argentum-nitricum-Lösung gefüllt. Der Penis wird mit der linken Hand gehalten, während die rechte die Flüssigkeit in die Harnröhre treibt, bis diese ad maximum gedehnt ist; nach einigen Minuten der Einwirkung läfst man die Lösung abfliefsen und wiederholt bei nicht zu empfindlichen Patienten die Prozedur zwei- bis dreimal; diese Behandlung ist zweimal wöchentlich vorzunehmen.

Über gleichgeschlechtliche Frauenliebe mit besonderer Berücksichtigung der Frauenbewegung, von W. Hammer-Berlin. (Schlufs.) Verfasser führt aus den Publikationen von verschiedenen Frauenrechtlerinnen etliche Stellen an, welche beweisen, dafs zum mindesten kein normales Sexualempfinden bei der Abfassung obwaltete. Damit will er, wie er nochmals betont, durchaus nicht behaupten, dafs etwa alle oder selbst die Mehrzahl derjenigen, die sich für die Frauenfrage interessieren, dies aus abnormen Gründen täten. Andererseits legt er dar, wie ungemein verbreitet die Tribadie bei internierten Mädchen ist, namentlich bei Mangel an körperlicher Anstrengung. Die Erzwingung körperlicher Ermüdung habe sich wiederholt als das beste Mittel zur Beseitigung dieser Abnormität erwiesen. Die Zahl der durch angeborene Anlage pervers empfindenden ist jedenfalls ganz verschwindend klein gegenüber der Menge der durch äufsere Umstände zum Amorlesbicus verleiteten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VI. Heft 6.

Yoshiwara. Die Regelung der Prostitution in Japan, von K. Hintze-Rostock. Yoshiwara ist das weltberühmte Hauptquartier der Prostituierten der japanischen Hauptstadt. Die palastähnlichen Wohnhäuser der Dirnen bilden ein abgeschlossenes Stadtviertel, auf welches die Besucher der Stadt auch durch europäische Reisehandbücher aufmerksam gemacht werden. Entstanden ist das Yoshiwara bereits im Jahre 1617. Zurzeit wohnen in ihm nahezu 3000 Prostituierte. Eine Folge der streng

durchgeführten Zentralisation ist das Fehlen der vagabundierenden Prostitution, ein Vorzug, welcher die japanischen Städte weit über die europäischen und amerikanischen stellt. Erwähnenswert ist aus der eingehenden Schilderung des Verfassers die aufserordentliche Höflichkeit und Bescheidenheit der japanischen Prostituierten, Eigenschaften, welche als Wirkungen der japanischen Frauenmoral anzusprechen sind. Denn nach japanischer Lehre gelten als die Haupttugenden der Frau: unbedingte Unterordnung unter die elterliche Autorität, Selbstaufopferung, Zurückhaltung, Bescheidenheit, kurz Uneigennützigkeit im weitesten Sinne. Dadurch, glaubt der Verfasser, steht die japanische Prostituierte höher in ihrer Art, und die besseren unter ihnen scheinen eine Stellung eingenommen zu haben, wie sie einzelne Hetären in Griechenland hatten.

Heft 7 und 8.

Ist eine Blennorrhoekontrolle möglich? Von Magnus Moeller-Stockholm. An der Hand eines aufserordentlich reichen Materials aus eigenen Beobachtungen und aus der Literatur kommt Moeller zu dem Schlufs, dafs der durchschnittliche Aufenthalt in den Prostituiertenabteilungen der Krankenhäuser in der Mehrzahl zu kurz ist im Vergleiche zu der für weibliche Blennorrhoe sonst gewöhnlichen Behandlungsdauer, als dafs eine definitive Heilung vor sich gehen könnte. Während einige Krankenhausärzte glauben, jeden Fall von Harnröhrenblennorrhoe und den gröfseren Teil von Gebärmutterblennorrhoen zu heilen, werden nicht annähernd so gute Erfolge von solchen Krankenhausärzten erzielt, die aufserdem Gelegenheit haben, als Kontrollärzte die Mädchen auch während der Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhause regelmäfsig zu beobachten. Die Wahrscheinlichkeit, bei den als geheilt entlassenen Mädchen von neuem Gonokokken festzustellen, ist am gröfsten während der ersten Monate nach der Entlassung und steigt in dem Mafse, je nachdem wie oft die Mädchen wegen Blennorrhoe im Krankenhaus interniert waren.

Die Blennorrhoekontrolle verursacht grofse Arbeit und Kosten und erweckt in der Allgemeinheit die Vorstellung von einer Garantie für Ansteckungsfreiheit, ohne jedoch imstande zu sein, die Ansteckungsgefährlichen tatsächlich von den Ansteckungsfreien zu sondern.

Sie ist also eine irreleitende, scheinbare Kontrolle; sie kann deshalb wegfallen und ist zu ersetzen durch die Verbreitung von Aufklärung, welche persönliche Achtsamkeit ermöglicht und fördert.

Sexualethik und Sexualpädagogik, von J. Siebert-München. Der Verfasser wendet sich gegen die Ausführungen Fr. W. Försters, auf dem Mannheimer Kongrefs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, indem er der Erziehung zur Selbstbeherrschung die Erziehung zum starken Selbstbewufstsein gegenüberstellt.

Die Beschickung der Krankenkassenkongresse sowie hygienischer Kongresse durch die Krankenkassen, von Kempf-Mannheim. Zweifellos haben die Krankenkassen durch den gegenseitigen Austausch ihrer Erfahrungen auf Kongressen zum bisherigen Ausbau der sozialpolitischen Gesetzgebungen beigetragen. Es ist erwünscht, dafs die Verwaltungsbehörden den Krankenkassen das Recht geben, sich nicht nur zu Verbänden innerhalb eines Bundesstaates zusammenzuschliefsen, sondern auch hygienische Kongresse auf ihre Kosten zu beschicken.

Heft 9.

Gesindeordnung und Geschlechtskrankheiten, von Springer-Berlin. Für die Dienstboten ist im Verhältnis zu anderen weiblichen Berufen der Anreiz zu aufserehelichem Geschlechtsverkehr aus persönlichen und beruflichen Gründen am gröfsten und die Folgen sind für sie am schwersten. Unsere heutige Gesindeordnung bietet für

die Geschlechtskranken keine Hilfe und keine Waffen zur Bekämpfung der Krankheiten. Bei geschlechtskranken Angehörigen anderer Arbeitergruppen treten die Krankenkassen ein. Eine notwendige Forderung ist die Einbeziehung der Dienstboten in die Zwangsversicherung.

Versuche sexueller Prophylaxe beim Heere im 17. Jahrhundert. Mitgeteilt von Frhr. v. Notthafft-München. Hinweis auf die „Medicina militaris" von Raimund Minderer, kurfürstlich-bairischem Leibmedikus, gedruckt 1634.

Schourp-Danzig.

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 11.

1. **Die Histologie der deprimierten weifsen Flecke bei universellen Erythrodermien,** von Felix Pinkus. Bei allgemeinen Erythrodermien finden sich häufig inmitten der geröteten Haut weifse, etwas vertiefte Flecken. P. hatte Gelegenheit, bei einem Kranken mit allgemeiner chronischer Hautrötung und Hautverdickung, die vielleicht als Erythrodermie mycosique aufzufassen war, einen solchen weifsen Fleck mit der umgebenden verdickten Haut zu exzidieren und zu untersuchen. Im mikroskopischen Präparate sieht man im Zentrum eine starke Verdünnung des Epithels, auf beiden Seiten nimmt das Epithel schnell an Höhe zu, dabei sind die Retezapfen und in noch stärkerem Mafse die Haarbälge nach innen unten gerichtet. Im Bereich des weifsen Fleckes besteht nur eine ganz geringe oberflächliche, circumvaskuläre Infiltration, während die Umgebung, und zwar Cutis wie Epidermis, eine viel erheblichere Entzündung aufweist. Auf der Epidermis liegt eine zusammengesinterte, als kompakterer Streifen sich färbende Hornschicht, die Kerne dieser Partie sind zum grofsen Teil gefärbt (Parakeratose), die Keratohyalinschicht ist dünn oder fehlt ganz. Das Rete besteht aus einer dicken Zellschicht mit unregelmäfsig gestalteten Zapfen, in denen sich reichlich Mitosen befinden. An das Epithel schliefst sich dicht eine kompakte Schicht kleinzelliger Infiltrationen, die sich nach der Tiefe zu circumvaskulär fortsetzt. Diese starken Entzündungserscheinungen sind zweifellos älteren Datums. Die Gefäfse, um welche die Infiltratzellen liegen, verlaufen entsprechend dem schrägen Verlauf der Retezapfen schräg nach aufsen oben, nahe dem Zentrum sieht man fast wagrecht in die Papillen hineinziehende Gefäfse. Alle Entzündungszeichen sind im Bereich des weifsen Flecks viel geringer; in der Cutis fehlen die starken entzündlichen Erscheinungen, welche die Randpartien erfüllen. Es scheint eine gewisse Verringerung der elastischen Fasern in der obersten Cutispartie eingetreten zu sein; in den tieferen Schichten liegen die elastischen Fasern wagerecht, wie gestreckt, in den Randpartien dagegen verlaufen sie wellig und aufsteigend.

Die geschilderten Veränderungen beruhen nach Ansicht P.s wahrscheinlich darauf, dafs in der Cutis eine Vernarbung, eine Zusammenziehung erfolgt ist; diese mufs um eine senkrecht auf der Mitte des weifsen Flecks stehende Achse wirken, so dafs Retezapfen und Haarbälge nach der Mitte hin gezerrt werden. Wie die Zusammenziehung in der Tiefe der weifsen Flecke entstanden ist, kann man aus dem mikroskopischen Bilde nicht ersehen, insbesondere spricht nichts dafür, dafs es sich um Rückbildung eines Tumors handelt; in dem Falle, von dem der untersuchte weifse Fleck stammt sind auch Tumoren nie vorhanden gewesen.

2. **Zur Kasuistik der idiosynkratischen Hautkrankheiten,** von W. Burgsdorf-Kasan. Mitteilung eines Falles von Idiosynkrasie gegen Eier; die 20jährige Patientin bekam jedesmal, wenn sie ein Ei oder eine mit Eiern zubereitete Speise

gegessen hatte, aber auch nach Einreibungen von Eigelb in die Kopfhaut eine Urtikaria. Ein ähnlicher Fall ist bisher nur einmal — von George Herschell — beobachtet worden.

3. **Durch Eukalyptusöl hervorgerufenes Exanthem, das später periodisch rezidivierend wird,** von Hans Vörner-Leipzig. Bei einem an Arteriosklerose leidenden Manne war zweimal nach innerlichem Gebrauche von Eukalyptusöl ein juckendes, aus verschieden grofsen, lividroten Quaddeln bestehendes Exanthem entstanden. Nachdem der Kranke das Öl bereits seit sechs Wochen nicht mehr gebraucht hatte, trat, wahrscheinlich nach einem Diätfehler, begleitet von Kopfschmerzen, Druck in der Magengegend und Appetitlosigkeit der gleiche Ausschlag auf; gleichzeitig stellte sich ein intensiver Eukalyptusgeschmack ein. Das Exanthem rezidivierte von da an ungefähr alle vier Wochen ohne nachweisbare Ursache, der Eukalyptusgeschmack blieb bei den späteren Anfällen weg, dagegen waren bei diesen regelmäfsig Kopfschmerzen, Brennen und Trockenheit der Lippen und der Mundwinkel, Gefühl von Geschwollensein an der Nase und den Augenwinkeln, Druckgefühl in den Augen, Appetitlosigkeit und Kribbeln auf der Haut vorhanden. Bei jedem Anfall fanden sich lividrote, zum Teil nicht infiltrierte, zum Teil flache oder derb vorspringende, infiltrierte Flecke, von denen einzelne hanfkorngrofse, wasserhelle Bläschen trugen. Die Flecke bildeten sich unter Abschilferung und Hinterlassung von Pigment zurück. Bei jedem Rezidiv erschienen gewöhnlich die alten Herde wieder und einige neue dazu.

4. **Der Stand der Röntgentherapie,** von O. Lassar. Referat erstattet beim II. internationalen Kongrefs für Physio-Therapie in Rom (Oktober 1907). L. stellt dabei folgende Thesen auf:

a) Die theoretischen Vorstellungen für Erklärung und Deutung der Röntgenwirkung ruhen bis jetzt noch auf schwankender und hypothetischer Unterlage. Jedenfalls aber stellt die Röntgenstrahlung im Gegensatz zum Radium nicht eine direkte Naturerscheinung dar. Vielmehr bildet sie eine aus elektrischer Quelle herstammende künstliche Modifikation der Ätherbewegung, die in Form atomistischer Umlagerung von grofser Impulsivität und ungemeiner Rapidität in die Erscheinung tritt. Ihre disruptive Entladung wirft sich explosionsartig auf die Zellen des Körpergewebes. Das Protoplasma wird erschüttert, der Zellkontakt gestört oder vernichtet. Hierin liegt ein vorher ungekannter Destruktionsvorgang von bedeutender Energie, der photochemischen Beeinflussung in seiner Tendenz konform, einer fein lokalisierten Kombustion vergleichbar. Hierfür sind weder das ultraviolette Licht, noch die Fluoreszenz oder das hochgespannte elektrische Feld, sondern die spezifischen Strahlen als solche verantwortlich zu machen. Denn von ihrer willkürlich abstufbaren Intensität hängt das physiologische Ergebnis ab.

b) Dementsprechend ist die Art der erzielbaren Heileffekte direkt abhängig von der Erreichbarkeit des Objekts und von der besonderen Anfälligkeit der in Betracht kommenden Zellspezies für die Strahlenwirkung. Hierin liegt deren elektiv-spezifischer Charakter. Er äufsert sich sichtlich in der hervortretenden Reaktionsfähigkeit pathologisch neugebildeter Gewebselemente. Je dürftiger deren vitale Konstanz und je irregulärer ihre Ernährung, um so deutlicher der metamorphosierende oder vernichtende Einflufs der Röntgenisierung. Die krankhafte Wucherung widersteht ihr in geringerem Mafse als das physiologische Grundelement. Die Struktur des Gewebes ist mafsgebend für geringere oder gröfsere Hinfälligkeit unter der sonst gleichgearteten Bestrahlung. Somit kombiniert sich die Wertigkeit der Gewebealteration aus passiven gegenüber den aktiven Faktoren. Eine individuelle Verschiedenheit kann jedoch einstweilen noch nicht angenommen werden.

c) Hieraus geht hervor, dafs die Röntgenbehandlung des Körpers sich in tief-

greifender Zerstörung oder in einer vor Entdeckung der Röntgenstrahlen nicht existierenden Heilkraft äufsern kann. Der schädlichen Nekrose integerer Gewebe steht die salutäre Vernichtung pathologisch entarteter Zellmassen gegenüber. In der Balancierung dieser beiden Möglichkeiten liegt die ärztliche Röntgenkunst begründet. Sie ist eine Errungenschaft der Neuzeit und deshalb auch mit allen Fehlerquellen behaftet, welche eine in ihren Grundzügen noch so vielfach rätselhafte Manipulation in sich schliefsen mufs.

d) Trotzdem hat sich in der knapp ein Dezennium umfassenden Zeit seit Einführung der Methode eine — in fortschreitender Zunahme befindliche — Anzahl von zuverlässigen Heilindikationen herausgebildet. Diese besitzen teilweise gleichen oder annähernden Wert wie andere Therapien auch. Oder sie sind allen früher bekannten Anwendungen überlegen. Solchen Fortschritt hat die praktische Medizin einwandfrei dargetan bei bösartigen Geschwülsten, soweit sie der Röntgentherapie zugänglich sind. Hier ist ein Novum von ungeahnter Tragweite erschlossen, der erste Beginn einer verheifsungsvollen Zukunft. — Alle anderen Errungenschaften der heilenden Bestrahlung kommen daneben nur in subordiniertem Grade in Betracht. Hier sei nur hervorgehoben, dafs kaum ein Gebiet der Gesamtmedizin unberührt geblieben ist von den Erfolgen dieser jüngsten Disziplin. Aufgabe der klinischen Wissenschaften bleibt es, jene Kenntnisse nach vielen Richtungen hin zu erweitern.

e) Zur Durchführung weiterer Resultate in dieser Beziehung gehört die Ausbildung der Studierenden und der Ärzte in der Röntgenologie. Ferner die von der Technik in stetiger Betätigung betriebene Vervollkommnung der Apparate und Methodik. Doch schon jetzt ist die Ausübung als genügend sichere anzusehen, um für Ärzte und Patienten als gefahrlos zu gelten. Fast alle bekanntgewordenen Unglücksfälle beruhen auf Unkenntnis oder Achtlosigkeit. In den fachgemäfs geleiteten Röntgeninstituten werden jährlich Tausende von Sitzungen vorgenommen, ohne dafs je eine unbeabsichtigte oder zufällige Gewebsbeschädigung vorgekommen wäre. Grundbedingung hierfür bleibt genaue Kenntnis der mit dem Verfahren verbundenen Risikos und der allgemeinen Ernährungsverhältnisse.

f) Als wichtiges Moment für die weitere Ausarbeitung der therapeutischen Röntgenologie hat die Kombination mit anderen physikalischen Methoden zu gelten. Hierfür kommen namentlich die Probleme der Fluoreszenz in Betracht. Ebenso die Heranziehung der Blutverteilung im negativen und positiven Sinne durch Anämisierung oder hyperämisierende Stauung. Auch ist für die Röntgo-Physiologie von Tierversuchen noch vieles zu erwarten. Vervollkommnete Instrumentarien mit gleichmäfsiger Entladungskurve werden zu dieser Entwicklung das Ihrige beitragen. Als Vorbild exakter Heilwirkung gleichsinniger Art hat das Radium zu dienen. In seiner Anwendungsweise räumlich beschränkt, bringt es in dieser Begrenzung seine therapeutische Energie in von keiner Strahlenart annähernd erreichbarer Sicherheit zur Geltung, dabei so schnell und ohne jede Gefährdung, dafs die erzielten Resultate als beispielgebend bezeichnet werden müssen. Auch ist es als Korrelat für Röntgenkuren unersetzbar. Ferner sind noch medikamentöse und diätetische Behandlungsformen in Verbindung mit der Röntgenisierung zu bringen. Also in diesen Richtungen ebenfalls Aussicht auf fernere nützliche Ausgestaltung. *Götz-München.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1907. Band II, Heft 20.

1. **Pathologische Physiologie und Pathogenese der intermittierenden Hydronephrose**, von Bazy. Nach B. bestehen zwischen Wanderniere und intermittierender Hydronephrose entgegen der zurzeit noch herrschenden Anschauung

keinerlei ätiologische Beziehungen; intermittierende Hydronephrose infolge von Wanderniere gibt es nicht. Die Ursache der intermittierenden Hydronephrose ist eine angeborene, eigentümliche, über den Hilus vorspringende Gestaltung des Nierenbeckens und Insertion des Ureters an abnorm hoher Stelle; darunter bildet das Nierenbecken einen Blindsack, in dem der Urin stagnieren kann. Zufällige vorübergehende Behinderungen der Harnausscheidung bewirken starke Füllung und bei häufiger Wiederholung dauernde Ausdehnung des Sackes, der allmählich seine Elastizität verliert und dann bei jeder neuen Füllung den Anfangsteil des Ureters komprimiert; der Urin kann dann nicht mehr abfliefsen, bis auf irgendeine Weise, etwa durch entsprechende Lagerung des Patienten, die Kompression beseitigt wird. Das ist die Genese der intermittierenden Hydronephrose, die demnach im Grunde eine kongenitale Affektion ist. Dilatation des Ureters kommt dabei nicht vor, dagegen ist das Ostium des Harnleiters zuweilen verengt. Die Anfälle von Harnretention im Nierenbecken, welche die klinischen Erscheinungen der intermittierenden Hydronephrose bedingen, werden von einer Harninfiltration der benachbarten Gewebe, von einer Transsudation von Harn begleitet, die die Ursache eines in allen Fällen von intermittierender Hydronephrose beobachteten entzündlichen Prozesses ist; dieser kann zur Bildung von Adhäsionen zwischen Ureter und Nierenbecken führen und infolgedessen die intermittierende Hydronephrose zu einer permanenten umwandeln. Nach der Entleerung des Nierenbeckens kommt es häufig zum Auftreten von Kongestionszuständen, die zu einer Blutung — Haemorrhagia ex vacuo — Veranlassung geben können.

2. **Blasen-Mastdarmfistel infolge perforierender tuberkulöser Infiltration der Blasenwand,** von Alf. Pousson-Bordeaux. Kasuistische Mitteilung.

Heft 21.

1. **Asthenozoospermie, Azoospermie und Aspermatismus,** von E. R. W. Frank-Berlin. Der gröfste Teil der Ausführungen Fr.s hat die jetzt allseitig bekannte Ätiologie der Azoospermie, der Asthenozoospermie und des Aspermatismus und die sämtlich mifslungenen Versuche, Azoospermie auf operativem Wege zu beseitigen, zum Gegenstand; Neues wird dabei nicht vorgebracht. Weiterhin weist Fr. darauf hin, dafs der Nebenhoden zweifellos eine Bedeutung für die Fortbewegung der Spermatozoen besitzt; in der Cauda wird von dem die Kanälchen auskleidenden Cylinderepithe eine Flüssigkeit sezerniert, die das Sperma verdünnt und der Spermatozoen erst Beweglichkeit verleiht, so dafs sie den langen Weg bis in die Samenblasen zurücklegen können. Wenn man das Organ, das dieses Sekret liefert, also die Cauda des Nebenhodens, reseziert, dann wird die Vorwärtsbewegung der Spermatozoen unmöglich gemacht, auch wenn jedes Hindernis für ihre Ausscheidung beseitigt ist. — Wenn zurzeit die Therapie der Azoospermie aussichtslos erscheint, so ist die Prophylaxe um so wichtiger. In dieser Hinsicht verdient die zuerst von Finger ausgesprochene Warnung vor der Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis mit Eis Beachtung; bei dieser Therapie bleiben sehr häufig grofse derbe Infiltrate, die sich nicht mehr resorbieren und dann die Samenwege obliterieren. Fr. empfiehlt Applikation trockener Hitze mittels Thermophors oder eines elektrischen Apparates, heifse Moorbäder und in ganz frischen Fällen, aufserdem Anwendung von Fibrolysin. Unter solcher Behandlung gehen alle Erscheinungen rasch zurück, und Fr. hat dabei nie beobachtet, dafs Infiltrate bestehen bleiben.

2. **Behandlung mit warmem Wasser in der Gynäkologie, Geburtshilfe und Urologie mittels eines Irrigator-Samowars und der zugehörigen Apparate,** von Nicolas du Plantier. Prolongierte, mindestens 20 Minuten dauernde Irrigationen mit abgekochtem 45—50° warmem Wasser haben bei entzündlichen Affektionen der Prostata und der Samenblasen, bei verschiedenen Infektionen des Uterus und seiner

Umgebung, bei Metritiden und Metrorrhagien eine sehr gute antiphlogistische, sedative, antiseptische und selbst anästhesierende Wirkung, vorausgesetzt, daſs die Spülflüssigkeit während der ganzen Prozedur die gleiche Temperatur hat. Um das zu ermöglichen, hat der Verfasser einen „Irrigator-Samowar“ konstruiert. Der Apparat besteht aus einem 3½ l Flüssigkeit haltenden Metallgefäſs; in der Mitte befindet sich ein Kamin mit einem kleinen Feuerrost zum Auflegen eines Kohlenbriquettes, das mehr als zwei Stunden brennt und das Wasser in der gleichen Temperatur erhält, in der es in den Irrigator eingegossen wurde. Am Deckel des Gefäſses ist ein Thermometer, am Schlauch ein Hahn zur Regulierung des Ausflusses angebracht. Zu Irrigationen des Rektums bei Prostatitis, Vesikulitis und Rektitis, wie zu Spülungen der Uterushöhle dient ein doppelläufiger Katheter aus biegsamem Hartgummi, zu Irrigationen der Vagina eine doppelläufige Porzellankanüle, die so gestaltet ist, daſs sie die Vulva vollständig und sicher abschlieſst. Die sämtlichen Apparate werden von Loreau-Paris in den Handel gebracht. *Götz-München.*

Annales de Thérápeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VII, Nr. 21.

Behandlung der kutanen Epitheliome mittels der neueren Methoden, von H. Lebon-Paris. (Fortsetzung.) Im allgemeinen wird wohl nicht genügend der Umstand beachtet, daſs vom Radium verschiedenerlei Strahlen ausgehen, welche sich dem Magnetismus gegenüber verschieden verhalten. Rutherford hat drei Arten unterscheden; er bezeichnet sie mit α, β und γ. Die α-Strahlen ihrerseits sind nach neueren Untersuchungen auch von komplexer Art und lassen sich, wie es scheint, in vier Gruppen zerteilen. Am kräftigsten, was das Durchdringen der verschiedenen Materien betrifft, sind entschieden die γ-Strahlen. Verfasser tadelt, daſs in sehr vielen der bisherigen Berichte Angaben über die Art der verwendeten Radiumstrahlen fehlen, so daſs eine Beurteilung des therapeutischen Erfolges resp. Miſserfolges und des Wertes der verschiedenen Radiumsalze nicht möglich gemacht ist. Meistenteils lauten die Berichte über die Behandlungsresultate günstig. Zu den behandelten Läsionen gehören Affektionen wie Naevi, Lupus, Epitheliome, Malano-Sarkom, Ulcus rodens in zahlreichen Fällen und Cancroide, wie Verfasser mit einiger Ausführlichkeit unter Anführung der betreffenden Publikationen darlegt. Miſserfolge wurden berichtet von Werner und Hirschel, von Strasmann, Valude und Darier. Eine groſse Schwierigkeit bietet die Beurteilung der Intensität der Applikation. Diese läſst sich am ehesten noch mittels des Elektroskops von Danne abschätzen. Einen ausgedehnteren Gebrauch des Mittels verhindert zurzeit immer noch der hohe Preis, wie Verfasser unter Zahlenangaben darlegt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1907. Heft 6—8.

1. **Der gegenwärtige Stand der experimentellen Syphilisforschung nach Neisser,** von René Martial. Ausführliches Referat über den bekannten von Neissér auf dem Dermatologenkongreſs in Bern (1906) erstatteten Bericht.

2. **Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrum bromatum,** von Leredde. (Heft 7.) L. verwendet in der letzten Zeit zu Injektionskuren bei Lues mit Vorliebe das zuerst von Nittis empfohlene lösliche Hydrargyrum bromatum (bibromatum), das in der gleichen Dosis (0,01—0,02 Quecksilber) die gleiche Wirksamkeit entfaltet wie die bisher üblichen löslichen Quecksilbersalze, dabei aber in den Geweben sehr

viel weniger Schmerzen hervorruft. Zu den Einspritzungen von Hydrargyrum bromatum müssen Nadeln aus Platin-Iridium verwendet werden, die gewöhnlichen Nadeln aus Stahl werden durch das Mittel verdorben.

3. **Bemerkung zur Behandlung des Lupus vulgaris,** von A. Blaschko. (Heft 7.) Bl. weist Leredde gegenüber darauf hin, daſs er den Wert der Lichtbehandlung bei Lupus vulgaris gewiſs nicht unterschätze; er hat ausdrücklich betont, daſs abgesehen von der Exzision keine Methode so gute und schöne Resultate ergibt wie die Phototherapie. Aber die Anschauung darf nicht aufkommen, daſs die Lichtbehandlung einzig und allein Heilung bringen könne, und daſs die Anwendung einer anderen Methode geradezu ein Kunstfehler sei. Statistiken über die Erfolge der verschiedensten Behandlungsarten, wie Lebedde sie verlangt, haben nach Bl.s Ansicht infolge der groſsen Verschiedenheit der Fälle keinen allzu groſsen Wert. Ein Ätzmittel, das nach Erfahrungen Bl.s und anderer in vielen Fällen zu definitiver Heilung führt, ist Acidum pyrogallicum; bei vorsichtiger Anwendung ruft das Mittel keine keloidähnlichen Narben hervor und behindert infolgedessen in keiner Weise eine spätere Lichtbehandlung, die aber sehr häufig nicht notwendig ist. Entgegen der Ansicht Ledeldes ist es durchaus nicht immer nötig, jedes nach einer ordentlichen Kur zurückgebliebene Knötchen zu beseitigen; solche Knötchen geben nicht immer zu Rezidiven Veranlassung.

4. **Gummöse syphilitische Myositis des Biceps,** von Lozé, Lebedde und R. Martial. (Heft 8.) Die Verfasser geben aus Arbeiten von Gillet, Mauriac, Virchow und Durante über die gummöse syphilitische Myositis einige die Affektion gut charakterisierende Stellen wieder und beschreiben dann einen Fall von Myositis gummosa des Biceps, die sich dadurch auszeichnete, daſs sie wärend einer antiluetischen Kur entstand. Es handelte sich um einen Mann, der vor sechs Jahren infiziert worden war und alljährlich eine allerdings milde spezifische Behandlung — Pillen- und Einreibungskuren — durchgemacht hatte. Quecksilberinjektionen (eine Einspritzung von 0,1 Kalomel und zwölf Einspritzungen von je 1 ccm Hydrargyrum bibromatum-Lösung enthaltend je 0,01 metallisches Quecksilber) brachten die Myositis zum Verschwinden. Der Fall zeigt, daſs durch den Miſserfolg einer Quecksilberkur nicht immer die nicht-luetische Natur einer Affektion erwiesen wird; der Miſserfolg ist oft genug durch die Anwendung ungenügender Quecksilberdosen verursacht.

Götz-München.

Lepra.

Band VII, Heft 3.

XIII. **Die Lepra in Tunis,** von C. Nicolle und Bastide-Tunis. (Fortsetzung und Schluſs.) Fortsetzung und Schluſs des Sammelberichtes. Bemerkenswert ist, daſs die Lepra in Tunis fast ausschlieſslich nur an der Küste und den der Küste benachbarten Gebieten vorkommt. Den 71 Leprösen dieser Küstengegend stehen fünf im Innern des Landes gegenüber. Als Abwehrmaſsregeln fordern die Verfasser u. a. das Verbot der Einwanderung Lepröser und die Errichtung von zwei Lepraheimen; von ihnen soll das eine im Norden des Staates für europäische Lepröse, das andere auf Djerba für die Eingeborenen sich befinden.

XIV. **Zur Theorie und Praxis der immunisierenden Behandlung der Lepra mit Nastin,** von Deycke-Hamburg. Mit Reschad Bey fand der Verfasser, daſs aus einem schweren Fall tuberöser Lepra sich ein Mikroorganismus in Reinkultur züchten lieſs, der von ihnen seiner Gattungszugehörigkeit und seines Fundortes wegen als Streptothrix leproides bezeichnet wurde. Injektionsversuche mit Streptothrixkulturen

beeinflufsten mehrere Leprafälle in günstigem Sinne. Als das wirksame Agens erwies sich ein Fettsäureglycerinester, den die Verfasser mit dem Namen Nastin belegten. Ein dem aus Streptothrix leproides gewonnenen Nastin ähnliches oder identisches Fett findet sich nach Ansicht der Verfasser auch in den echten Leprabazillen und diesem Fettkörper verdanken in erster Linie die Lepraerreger ihre äufserst grofse Widerstandsfähigkeit gegen die bakteriziden Kräfte des lebenden Organismus und damit zum grofsen Teil ihre Pathogenität. Durch die Injektion von Nastin bei Leprösen würde man also aktive Immunisierung gegen das in den Leprabazillen enthaltene resistente Neutralfett treiben. Diese Erwägungen fanden ihre Fortsetzung in Versuchen mit Mischungen von Nastin mit Benzoylchlorid und führten zu dem Schlusse, dafs das Benzoyl die eigentlich aktive, auf die Lepraerreger direkt einwirkende Substanz ist, welche aber, um an die Leprabazillen heranzukommen, gewissermafsen der Führung des sich durchaus passiv verhaltenden Nastin bedarf. Das Nastin schützt das Benzoyl vor zwecklosem Aufbrauch, führt es an die Leprabazillen heran, an denen es selber vermöge seiner nahen chemischen und physikalischen Beziehungen haftet, und nunmehr kann das Benzoyl seine antibakterielle, im Sinne der Entfettung sich vollziehende Wirkung voll entfalten. Die durch Entfettung eingeleitete Bakteriolyse der Leprabazillen läfst sich mit Hilfe des Mikroskopes kontrollieren, wie auf beigegebenen Abbildungen veranschaulicht ist.

Die Anwendung der von der chemischen Fabrik Kalle & Co.-Biebrich gelieferten Nastin-Injektionen beschränkt sich auf Fälle mit wenigen und besonders hartnäckigen Formationen. Das Schlufskapitel des Aufsatzes enthält genaue Anweisungen zur Injektionsbehandlung. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über die geringe Brauchbarkeit der Syphilisbehandlung mit Quecksilbersuppositorien, von F. Hoehne-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 44.) An der Neisserschen Klinik wurde versuchsweise eine Nachprüfung der von Audry empfohlenen Behandlung der Syphilis mit Suppositorien aus Oleum cinereum (0,025 bis 0,4) Butyr. Cacao q. s. durchgeführt. Die an 22 Kranken (21 Frauen, 1 Mann) erzielten Resultate waren nicht derartig, dafs Verfasser diese Methode zur allgemeinen Verwendung empfehlen möchte. Es wurden zwar einige Patienten ohne nachweisbare Krankheitserscheinungen entlassen, und ein Übergang des Hg in den Urin konnte gelegentlich auch nachgewiesen werden; auch traten nur selten Beschwerden auf. Im ganzen erwies sich das Verfahren aber, auch bei höheren Dosen, als Audry sie empfiehlt, als wenig energisch und nicht zuverlässig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Syphilis, von G. H. Fox. (*The therap. Gaz.* Aug. 1906.) Autor bekämpft aufs schärfste jede intensive Behandlung der Syphilis. Er vergifst dabei ganz, dafs die Syphilis eine chronische Krankheit ist und dafs die Tierexperimente ergeben haben, dafs noch lange Zeit nach der Infektion auch im latenten Zustande der Krankheit virulentes Material in Milz und Knochenmark vorhanden ist; das zeigt sein eigenartiger Vergleich mit Masern und Scharlach. Es werden nur

einige allgemeine Beispiele für übermäfsige Behandlung angeführt, verwertbares Material bringt dieser wenig interessante Aufsatz nicht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Syphilis und Schwefelwässer, von Jean L. Moulonguet. (*Thèse de Toulouse.* 1906. Nr. 669.) *Fritz Loeb-München.*

Jodipin und seine Anwendung in der Therapie der cerebrospinalen Syphilis, von A. I. Korolkoff. (*Obosrenie Psychiatrii, Neurol. I experimentalnoj Psychol.* Petersb. 1906. Nr. 5.) Die Anwendung des Jodipins geschah in Form intramuskulärer Injektionen. Zu den Indikationen für die Anwendung des Jodipins rechnet K.:

1. Diejenigen Fälle, wo neben den anderen Zeichen des cerebrospinalen Prozesses Erbrechen zentralen oder lokalen Charakters auftritt.

2. Das Vorhandensein von Jodismus.

3. Eine deutlich ausgesprochene Abmagerung des an cerebrospinaler Syphilis Leidenden, um so den Magendarmtraktus zu schonen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Jodipin bei der Behandlung von tertiärer Syphilis, von Stopford Taylor und W. Mackenna-Liverpool. (Quelle nicht angegeben.) Die Autoren erzielten mit 25%igem Jodipin bei Anwendung per os in einigen Fällen schnelle Erfolge und empfehlen diese Art der Anwendung aufs wärmste. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Behandlung der Syphilis mit Atoxyl, eine Rundfrage. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1907. Nr. 44/45.) Die Rundfrage wendet sich an eine Reihe von Autoren und enthält die Antworten, welche Erfahrungen die einzelnen mit dem Atoxyl gemacht haben, so Jacoby, May Joseph, Ed. Lang, Buschke, v. Zeissl, Ullmann, Schiff, Bruhns, Róna, Herxheimer, Gross, Oppenheim, Spiegler, Kromayer und Felix Pinkus. Die meisten der Forscher schätzen den Wert des Atoxyls bei Syphilis nicht sehr hoch ein, jedenfalls ist es nicht imstande, das Quecksilber und das Jod zu verdrängen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Verwertung des Atoxyls bei primärer und generalisierter Frühsyphilis, von G. Nobl-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 44.) Verfasser beobachtete an 45 genau kontrollierten Syphilisfällen die Wirkung des Atoxyls; nirgends vermochte das Atoxyl, bei Sklerosen angewandt, das Auftreten der Allgemeinerscheinungen zu verhindern, es konnte keine entwicklungshemmende oder die Infektionsbedingungen des pathogenen Agens reduzierende Eigenschaft des Atoxyls festgestellt werden. Es mufs als ein für die örtliche Applikation nicht ausreichendes Mittel hingestellt werden und hat keinen Wert für die Präventivbehandlung. Ebenso kommt Nobl zu der Ansicht, dafs die symptomatische Arsenbehandlung der metastatischen Frühlues als eine völlig unzureichende anzusehen ist. Auch die Mundhöhlenerscheinungen zeigten in den rezidivierenden Formen ein völlig refraktäres Verhalten, so dafs die Atoxylbehandlung dieser eminenten Infektionsherde kaum soviel Schutz gewährt, als ein die gewöhnlichste Mundpflege unterstützendes, exspektatives Regime. Ohne den noch weiter zu sammelnden Erfahrungen vorgreifen zu wollen, die sicherlich zu einer exakten Formulierung jener Indikationen führen werden, unter welchen die hochdosierten Arsenkuren ein höheres als rein roborierendes therapeutisches Wirken entfalten, läfst es sich heute schon mit Bestimmtheit vertreten, dafs dieselben in den ernsten initialen Syphilisstadien wohl niemals zu einer für das Quecksilber vikariierenden Bedeutung gelangen werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl, von W. Scholtz-Königsberg. (*Klin.-ther. Wochenschr.* 1907. Nr. 45.) In einigen Fällen, besonders bei tertiärer Syphilis sah Sch. gleich gute, ja zweimal sogar bessere Heilresultate von Atoxyl als von Jod und Quecksilber, während primäre und sekundäre Erscheinungen, besonders ulcerierte und gereizte Sklerosen und erodierte Papeln, meist nur wenig auf Atoxyl

reagierten. Es ist für manche Fälle von Lues und vielleicht auch für manche Stadien der Krankheit eine wertvolle Bereicherung unserer Therapie, aber bei den mit der Atoxylbehandlung verbundenen Gefahren und der meist ungenügenden Wirkung auf primäre und sekundäre luetische Hauterscheinungen ist es keineswegs berufen, die Quecksilber- und Jodbehandlung zu verdrängen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl. Vorläufige Mitteilung von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 24.) Auf Grund seiner vierjährigen Erfahrung in der Anwendung des Atoxyls glaubt v. Z., dafs das Atoxyl sich nicht so sehr als Antisyphilitikum denn als Roborans erweisen wird, und dafs die roborierende Wirkung des Atoxyls die Heilung der Syphilis begünstigt.

Arthur Schucht-Danzig.

Einige Beobachtungen über die Wirkung des Atoxyls auf die sekundären Erscheinungen der Syphilis wie auf den Organismus des Kranken, von Dobrowolski. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 41.) In einer, freilich nur kleinen Reihe von Fällen hat Verfasser das Atoxyl angewandt, und zwar insgesamt zwischen 4,4 und 7,05 jedem Patienten injiziert. Aufser Übelkeit und Verdauungsbeschwerden sah Verfasser keine schlimmen Folgen, fand aber, dafs das Atoxyl dem Hg an Wirkung nachsteht. Er injizierte, allmählich steigend, zuletzt je 0,4 Atoxyl. Aus diesem Grunde empfiehlt Verfasser eine gemischte Hg-Atoxylbehandlung in der Art, dafs zuerst, bis zum Schwund der syphilitischen Erscheinungen, Hg und darauf Atoxyl injiziert werden solle. *Arthur Jordan-Moskau.*

d. *Malleus.*

Eine akute infektiöse Affektion (Rotz?), von H. F. Marrable - Ispahan. (*Lancet.* 25. Mai 1907.) Patient, ein 29jähriger Kutscher, Eingeborener, erkrankte ca. 14 Tage vor der Aufnahme mit Schüttelfrost und (späterhin) Schmerzen und Schwellung der Füfse und der einen Hand, Kopfweh und Husten, so dafs die Diagnose Rheumarthritis gerechtfertigt erschien. Am folgenden Tage entwickelten sich zahlreiche Pusteln am Halse und an der Brust und ödematöse Schwellung des Gesichtes. Es folgte ein Ausfliefsen von bernsteinfarbigem Sekret aus der Nase, und am Gesicht traten grofse Blasen hervor. Unter Erscheinungen von Lungenverdichtung trat am vierten Tage der Beobachtung der Tod ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von akutem Rotz, von Edmund Hoke. (*Prag. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 27.) Ein 38jähriger Tierarzt impfte zu Versuchen ein Meerschweinchen mit Rotz und infizierte sich dabei. Nach viertägiger Inkubationszeit erkrankte er unter Anzeichen, welche dem Typhus abdominalis entsprachen. Eine Akneeruption erschien und verschwand wieder; wahrscheinlich war sie schon rotziger Natur und die Bazillen nur abgestorben. Typhusbazillen waren weder im Blute noch in den Faeces nachweisbar. Ein am Penis aufgetretener Furunkel enthielt nur Staphylokokken. Milztumor, Roseola kamen hinzu. Dann traten unter Leukocyten Schüttelfröste auf und am Oberschenkel, am Orbitalrand nufsgrofse Furunkel; darauf, am nächsten Tage, war der Körper mit erbsengrofsen, einzelnstehenden oder konfluierenden Pusteln übersät; aus Mund und Nase entleerte sich reichlich schleimig-eitriges Sekret. Der Kranke erlag unter dem Bilde schwerer Septikämie. Die Autopsie ergab einen grofsen Leberabscefs, von dem es vermutlich zur Durchseuchung des ganzen Körpers gekommen war. *Schourp-Danzig.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Zur Therapie der Scabies, von Franz Nagelschmidt. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 35.) Für den schnellen und sicheren Erfolg einer Scabiestherapie soll das antiscabiöse Mittel möglichst wenig die Haut reizen, möglichst schnell in die Haut eindringen und dort nicht nur die Milben töten, sondern auch die Eihäute durchdringen. Diesen Bedingungen entspricht nach Verfasser das von ihm eingeführte und von der chemischen Fabrik „Vechelde" zur Verfügung gestellte Thiophinol. Er wandte dasselbe bis jetzt in ca. 40 Fällen in Form von Bädern und als 10—5 %ige Salbe an. Die Technik war folgende: Bei der Aufnahme erhält Patient ein Thiophinolbad (30 Minuten); unmittelbar darauf wird er mit ca. 30—40 g einer 10 %igen Terpentinölsalbe sorgfältig eingerieben. Die Einreibung wird täglich wiederholt und die Kur am zweiten bis vierten Tage mit einem zweiten Thiophinolbad abgeschlossen. — Das Thiophinol habe vor der üblichen Schwefelsalbe den Vorteil einer viel größeren Durchdringungsfähigkeit und Resorbierbarkeit. Die Untersuchungen des Stoffwechsels bei Gesunden, denen ein Thiophinolbad verabreicht wurde, zeigten eine erhebliche Vermehrung des ausgeschiedenen Schwefels schon nach dem ersten Tage, und zwar auch bei ganz intakter Haut. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis vulgaris, von Albert Kaufmann. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Die Heilung der Psoriasis nebst Studien über einige 500 in der Privatpraxis beobachteten Fälle des Leidens, von L. D. Bulkley - New York. (*Journ. americ. med. assoc.* 17. Nov. 1906.) Aus dem ungewöhnlich reichlichen Beobachtungsmaterial, über welches B. verfügt, mögen folgende Angaben Interesse beanspruchen: Unter 14120 Kranken litten 509 an Psoriasis, d. h. etwa 3,6 %. Das Alter der Kranken variierte zwischen 2 und 78 Jahren; bei dem einen Falle hatte sich das Leiden schon im vierten Lebensmonate dokumentiert; der häufigste Zeitpunkt für das Einsetzen der Erkrankung war zwischen dem 5. und 30. Lebensjahre, am allerhäufigsten zwischen dem 15. und 25. (190 Fälle unter 509). Die Hartnäckigkeit des Leidens wird in ein helles Licht gerückt durch den Umstand, daſs einzelne Patienten bis zu 40 und 50 Jahren daran gelitten hatten, als sie in B.s Behandlung kamen. Als Mindestforderung für die Dauer einer wirksamen Behandlung stellt Verfasser eine Zeit von zwei Jahren auf. In therapeutischer Beziehung betont er die Notwendigkeit einer konstitutionellen Behandlung neben der lokalen oder auch für sich allein. B. vertritt, entgegen den Lehren der alten Schule, die Auffassung, daſs Psoriasis nicht eine Krankheit der Gesunden (sit venia verbo) ist, sondern daſs bei den allermeisten irgendeine Neurose oder ein sonstiges Grundleiden der Hautaffektion Vorschub leistet. In einzelnen Fällen hat er ganz eklatante Erfolge erzielt mit der internen Verabreichung von konzentrierter Salpetersäure in Dosen von vier bis zehn Tropfen in einem reichlichen Quantum Wasser ter die. Manche Fälle hat Verfasser unter Arsenik einen sehr guten Verlauf nehmen sehen; andere erfordern Alkalien. Bei hyperämischen Formen ist Tartarus stibiatus in möglichst groſsen Dosen sechsmal täglich zu geben, eventuell im Verein mit Quassia und Nux vomica. Auch Kalium aceticum in Verbindung mit Nux vomica, Rumex und Extr. dulcamara fluid. leistet gerade bei den kongestiven Formen gute Dienste. Auſserdem kommen hygienische Maſsregeln in jeder Form in Betracht. Von der Behandlung mit Röntgenstrahlen hat B. gelegentlich sehr frappante Wirkungen gesehen, doch erscheint das Verfahren durchaus nicht bei allen Kranken verwendbar zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Psoriasis, von FRANK H. BARENDT - Liverpool. (*Ther. Monatsh.* 1907. Heft 11.) Die Behandlung der Psoriasis läfst sich zweckmäfsig in drei Stufen einteilen: Vorbereitung, Heilung und Vorbeugung. Die Vorbereitung besteht in völliger Entfernung der Schuppen mit Seife usw., warmen Bädern und Waschen mit Bürste und Kieselseife. Für die behaarten Stellen ist der HEBRAsche Seifenspiritus die beste Anwendung. Die Heilung wird immer noch am besten durch Chrysarobin erreicht, jedoch ist es im Gesicht und an der Kopfhaut nicht verwertbar, hier empfiehlt sich mehr Unguentum Hydrargyri ammoniati oder β-Naphtol, bei hartnäckigen Stellen Liquor Hydrargyri nitrici oder Ätzung mit der PAQUELINschen Nadel. Neuerdings bewährte sich bei hartnäckigen Fällen auch Eugallol. Was man auch von der Ursache der Psoriasis halten mag, so ist es doch sehr wichtig, wenn möglich, die Ernährung des Kranken zu ändern und lokal die Haut — als Vorbeugung — durch geeignete Medikation zu beeinflussen; zu dem ersten Zweck mufs Arsenik in allmählich steigender Dosis, bis zur physiologischen Reaktion, darauf absteigend verabfolgt werden. Lokal mufs β-Naphtol, 2- bis 3%ig, mit Lanolin auf die Prädilektionsstellen dreimal wöchentlich abends in einem warmen Zimmer gut eingerieben und darauf Streupulver aufgestreut werden, wöchentlich ein- bis zweimal ist ein warmes Bad zu nehmen und dabei MIDGLEYS überfettete 5% ige Naphtolseife zu gebrauchen. Körperliche Übungen sind auch sehr am Platze.

Bernhard Schulze-Kiel.

Parapsoriasis BROCQ, von ACHILLE CIVATTE. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 216.)

Fritz Loeb-München.

Über Leukoderma psoriaticum, von S. YOSHIDA. (Inaug. - Dissert. Rostock 1907.) Die Ergebnisse seiner gehaltvollen Arbeit fafst YOSHIDA dahin zusammen, dafs wir es bei dem Leukoderma psoriaticum mit einer Affektion zu tun haben, welche sich ebenso wie das Leukoderma syphiliticum nur da entwickelt, wo Effloreszenzen der Krankheit zur Abheilung kamen. Die Veränderung tritt nach den verschiedensten Behandlungsweisen der Krankheit auf, auch ohne jede Behandlung und überdauert ange Zeit (ein bis zwei Jahre) die durch äufsere Therapie veranlafsten Farbendifferenzen auf der Haut. Die Entwicklung der weifsen Flecken erfolgt entweder, indem die gesamte Effloreszenz über die Norm hinaus beim Schwinden abblafst, oder von einem um dieselbe entstandenen weifsen Hof ihren Anfang nimmt. Die umgebende Haut ist entweder von Natur hyperpigmentiert oder wird es eventuell durch innere Arsentherapie, oder aber sie ist normal. Der histologische Befund ist mit dem des syphilitischen Leukoderma identisch. Die Differentialdiagnose dürfte nur bei Sitz am Halse Schwierigkeiten machen, zumal wenn gleichzeitig Lues besteht.

Die Therapie ist gegen das Leukoderma psoriaticum ebenso machtlos, wie gegen alle Depigmentierungen. Weder Lichttherapie noch Röntgenstrahlen helfen, und erst die Zeit heilt den Pigmentverlust nach Jahren. *Fritz Loeb-München.*

Zur Ätiologie der Pityriasis rosea GIBERT, von WILHELM RUNGE. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1906.) Verfasser schliefst seine Arbeit mit folgenden Sätzen: Ebensowenig wie die Pityriasis versicolor pathognomonisch für Tuberkulose ist, besteht zwischen Syphilis und Pityriasis rosea ein ursächlicher Zusammenhang. Für die parasitäre Natur spricht die klinisch festgestellte Tatsache des peripheren Wachstums der Papeln, die regelmäfsige Ausbreitung von den oberen Teilen des Schultergürtels nach den unteren Teilen des Rumpfes und den distalen Enden der Gliedmafsen, bezw. das Aufsteigen von Primitivflecken an den Oberschenkeln nach dem Rumpf, die Anordnung der Flecke entsprechend den Spaltungsrichtungen der Haut und die Beeinflussung des Ausschlags durch antiparasitäre Mittel. Der Ausschlag zeigt eine solche Analogie mit anderen Dermatomykosen, dem „Herpes tonsurans und dem

seborrhoischen Ekzem", daſs es dem Verfasser ungezwungen und logisch erscheint, der Pityriasis rosea die gleiche Deutung hinsichtlich ihrer Natur zu geben.

Fritz Loeb-München.

Dermatitis exfoliativa neonatorum (Rittersche Krankheit), von Edward B. Carlton-Chicago. (*New York. med. Journ.* 28. Sept. 1907.) Kurze historische Darstellung von der ersten Veröffentlichung Ritters von Rittershain, welcher im Jahre 1878 über 297 Fälle dieser Krankheit berichtete, an bis zum Jahre 1906 leitet die Arbeit ein. Die verschiedenen autoptischen Untersuchungen haben nur wenig positive Resultate ergeben, ebensowenig die bakteriologischen Untersuchungen. In der Hälfte der publizierten Fälle war Ekzema, Darmerkrankung oder Nabelinfektion vorausgegangen. Selten tritt die Krankheit vor dem Ende der ersten, meist zwischen zweiter und fünfter Lebenswoche auf. Selten mit Fieber verbunden, breitet sie sich in $1^1/_2$—2 Tagen über den ganzen Körper aus. Gesellt sich keine Komplikation hinzu, so ist die Genesung eine rasche, wenn auch die Haut eine Zeitlang schuppend oder reizbar bleiben kann. Die Dauer des Leidens beträgt gewöhnlich sieben bis zehn Tage, bei schwereren Fällen auch einen Monat und länger; Rückfälle kommen vor. Von Folgeerkrankungen sind allgemeine Furunkulose, Abscesse, umschriebene Gangrän die häufigsten. Die Prognose ist eine schlechte: 50% der veröffentlichten Fälle endeten tödlich. Differentialdiagnostisch kommen Erythema neonatorum, Erysipel, akutes Ekzema, Pemphigus neonatorum und Syphilis in Betracht. Die Behandlung muſs mehr eine allgemeine, hygienisch-diätetische sein, äuſserlich milde antiseptische Pulver oder mildes Öl. Der von Carlton beobachtete Fall ging trotz langer Dauer und mehrfacher Rückfälle günstig aus.

Stern-München.

Zwei seborrhoische Gesichtskrankheiten: I. Acne rubra seborrhoica. II. Pityriasiforme Seborrhoe, von M. F. Engman und W. H. Mook-St. Louis. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 9.) Unter Acne rubra seborrhoica verstehen die Verfasser mit Petrini ein Leiden, das bei seborrhoischen Patienten mit rosaroten, stecknadelkopfgroſsen bis erbsengroſsen Papeln auftritt. Die Knötchen tragen eine kleine Schuppe. Das Leiden entsteht meist kurz nach der Pubertät und ist äuſserst chronisch; es neigt zur Bildung von Teleangiectasien. Histologisch ist die Erweiterung der Talgdrüsen bemerkenswert. Therapeutisch kommen Schwefel und Salicylsäure, neuerdings auch Röntgenbestrahlung in Betracht.

Die pityriasiforme Gesichtsseborrhoe besteht in Flecken mit oberflächlicher Schuppenbildung mit sehr geringer Entzündungserscheinung. Sie wird namentlich im Winter bei Personen mit zarter Haut, besonders bei automobilfahrenden Frauen beobachtet und zwar nur im Gesicht und Hals, nie an bedeckten Körperstellen.

Schourp-Danzig.

Die Intertrigo beim Erwachsenen. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 30.) Sabouraud empfiehlt in leichten Fällen von Intertrigo Waschungen mit Lösung von Jodtinktur in cölnischem Wasser 10,0 : 190,0 oder von Pix liquida in cölnischem Wasser 20,0 : 180,0 oder Waschungen mit 10%iger wäſsriger Ichthyollösung. In schwereren Fällen sind Pinselungen mit Höllensteinlösungen 1 : 15—1 : 10 und mehr noch Waschungen mit Kaliumpermanganatlösung 1 : 5000—1 : 1000 zu empfehlen; nach solchen Waschungen wirkt Applikation einer Zinkpaste mit 5%igem Wismuthkarbonat oder einer schwachen Teersalbe sehr gut. In manchen Fällen leisten auch leichte Röntgenbestrahlungen (drei Holzknechtsche Einheiten) vorzügliche Dienste. Innerlich gibt man ein leichtes Abführmittel; alkoholische Getränke und Gewürze müssen ganz vermieden werden, der Fleischgenuſs ist einzuschränken.

Götz-München.

Diffuse Hyperkeratose bei Schleimhaut von Mund und Kehlkopf, von F. R. NAGER und BRUNO BLOCH. (*Correspond. Bl. f. Schweizer Ärzte.* 1907. Nr. 11.) Bei einer 19jährigen Patientin besteht eine diffuse Hyperkeratose an der Innenseite der Lippen und Wangen, am Zahnfleisch, an der Zunge, am Mundboden, harten und weichen Gaumen, an Uvula und Tonsillen, Hypopharynx, Epiglottis, Arygegend und Stimmbändern in Form von blassen, derb sich anfühlenden Schleimhautbezirken. Dem klinischen Bilde nach gehört die Krankheit zu den Ichthyosis ähnlichen. Es finden sich: abnorme Trockenheit der Haut, starke Ausprägung der normalen Furchung, Hornkegel an den Follikeln, starke Schuppenbildung in Form von an den Rändern abgehobenen, polygonalen Schildern und Plättchen von schmutziggrauer Farbe, besonders an Ellenbogen, Knien und Fuſsrücken mörtelähnliche Hornauflagerungen. Mikroskopisch findet sich neben Akanthose und Hyperkeratose ausgeprägte Parakeratose.

Schourp-Danzig.

Ekzem und Gesamtorganismus, von ESCH-Bendorf. (*Ther. Rundschau.* 1907. Nr. 30.) Von mehreren Seiten wurde bereits betont, daſs nicht alle pathologischen Erscheinungen an der Haut nur äuſseren Reizen allein ihren Ursprung verdanken, sondern daſs es eine groſse Zahl von Dermatosen gibt, die erst dann zum Ausbruch gelangen, wenn bestimmte äuſsere Irritationen der Haut mit inneren Ursachen kombiniert einwirken. Als solche innere Ursachen werden gewisse, im Darmtraktus gebildete Autotoxine betrachtet, hier hat dann nur Änderung der Ernährungs- und Lebensweise sofortigen Erfolg. Verfasser sah eine gröſsere Reihe von Ekzemfällen durch Regelung der Diät und Verdauung unter besonderer Bevorzugung vegetabilischer Kost, hydrotherapeutische Maſsnahmen, insbesondere ansaugende, d. h. gut ausgedrückte, feuchte Verbände, Luftbäder usw. zur Heilung gelangen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ekzema im zweiten Lebensjahre, von CHARLES A. KIRCH - New York. (*New York med. Journ.* 17. Aug. 1907.) Nach einer Zusammenstellung aus 8000 Fällen von BULKLEY ergab sich, daſs 13% der Ekzemfälle Kinder unter drei Jahren betrafen. Davon waren wieder 58% unter einem, 23% zwischen einem und zwei und 19% zwischen zwei bis drei Jahren. Für die Lebensperiode zwischen einem und zwei Jahren ist das sogenannte skrophulöse Ekzema das häufigste. Die Ursache liegt für K. meist in unzweckmäſsiger Nahrung, und glaubt er daher, daſs mit Regelung der Diät und entsprechender Medikation (tonischen Mitteln) in wenigstens zwei Dritteln der Fälle Heilung zu erzielen ist. Von äuſseren Mitteln empfiehlt er milde und kurz währende Applikation von Röntgenstrahlen und Salben von Hg-Ammonium und Resorcin.

Stern-München.

Untersuchungen über ein bei Anwendung von Dauerbädern beobachtetes Ekzem, von KÜSTER-Freiburg i. B. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1907. Nr. 32.) Die Anwendung von Dauerbädern führt häufig, vorzüglich bei heruntergekommenen, marantischen Patienten, zum Auftreten eines eigenartigen Ekzems, das mit einer flächenhaften Rötung meist an der Innenfläche der Oberschenkel oder in der Umgebung der Achselhöhlen beginnt; kleinste hochrote Knötchen, die an ihrer Kuppe bald abschilfern und sich mit einem schmierigen Epithelschuppenbelag bedecken, stehen hier dichtgedrängt aneinander. In den Anfangsstadien heilt die Affektion rasch spontan ab, wenn die Patienten für einige Tage aus dem Bade herausgenommen werden; geschieht das nicht, dann breiten sich die Hautveränderungen allmählich über die ganze Körperoberfläche aus. Ist es erst soweit gekommen, so ist auch die Entfernung des Patienten aus dem Bade nicht mehr angezeigt; denn wenn die Haut trocknet, kommt es trotz aller Behandlung zur Bildung ausgedehnter, tiefer Schrunden, die den Patienten in unerträglicher Weise peinigen. — In den erkrankten Haut-

partien fand K. stets massenhaft Mycelfäden und daneben Häufchen von hefeartigen Zellen; ein Zusammenhang zwischen beiden Formen war niemals ersichtlich. K. gelang es, die beobachteten Pilze, in denen er die Erreger des Badeekzems sieht, mittels eines eigenen Formalinwasserkulturverfahrens zu züchten; von den Kulturen wurden Übertragungen auf feste Nährmedien vorgenommen, und es zeigte sich, dafs die als Hefezellen gedeuteten rundlichen Gebilde lediglich das Konidienstadium des Mycels darstellen. Der gezüchtete Mikroorganismus gehört zu den Askomyceten. Er wuchert im Stratum corneum der Haut, doch gelangt er in den Ausführungsgängen der Hautdrüsen sowie in den Haarbälgen auch in tiefere Schichten. Aus den Kapillaren des Stratum papillare findet nach den Pilzansiedelungen hin eine reichliche Leukocytenwanderung statt, die zu einer Auflockerung des Stratum MALPIGHI und zur Pustelbildung führt. *Götz-München.*

Zur diätetischen Behandlung des Säuglingsekzems, von H. FINKELSTEIN. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 37.) Verfasser zweifelt nicht, dafs das chronische Ekzem der Säuglinge nur ein Symptom einer Konstitutionsanomalie darstellt und dafs dasselbe mit der Ernährung im Zusammenhang steht. Er ist zur Anschauung gekommen, dafs es die Molkensalze sind, die auf die Fortdauer des Ausschlages einen Einflufs ausüben und dafs demgemäfs von einer Verminderung dieser Nährungsbestandteile eine günstige Wirkung zu erwarten sei. Salzarme Kost allein leistete nichts voll Befriedigendes. Dagegen ergab sich, dafs eine nicht nur salzarme, sondern auch gleichzeitig eiweifs- und fettreiche Kost das Ekzem nachhaltig beeinflufste.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Einige Betrachtungen über die Ernährungsweise bei den Ekzempatienten, von PARDO REGIDOR. (*Revista Ibero-Americana de ciencias médicas.* Aug. 1907.) Der Verfasser hebt hervor, wie wichtig die Art der Ernährung besonders der Säuglinge respektive ihrer Mütter bei der Behandlung der Ekzeme ist. Er hält dafür, dafs die rein äufserliche Therapie absolut ungenügend ist. Neues bringt der Artikel nicht.

C. Müller-Genf.

Die Trichophytosis tonsurans, von GAUCHER. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 19.) Kurze Beschreibung der verschiedenen Formen von Trichophytosis tonsurans und ihrer Erreger, der Trichophytonarten. Zur Epilation empfiehlt sich, wenn auch nicht in allen Fällen, die Röntgenbestrahlung, die aber sehr vorsichtig vorgenommen werden mufs, damit nicht definitive Alopecie entsteht. Bestrahlt darf erst werden, wenn Eiter und Krusten sorgfältig entfernt sind; stets beginne man mit der Applikation kleiner Strahlenmengen. Die Krankheitsherde werden nach einander, jeder aber nur einmal bestrahlt, jede kranke Stelle erhält vier bis fünf Einheiten bei einer Distanz von 15 cm zwischen Antikathode und Haut; die Partien, die nicht bestrahlt werden sollen, sind mit Bleiplatten abzudecken. In der Zwischenzeit zwischen den Sitzungen wird Jodtinktur oder besser noch eine Lösung von Jod in Benzin appliziert. Die Haare beginnen zwei bis drei Wochen nach der Bestrahlung auszufallen und nach drei Monaten wieder zu wachsen. *Götz-München.*

Onychomykosis trichophytina, von A. RAVOGLI-Cincinnati. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 4.) Bericht von zwei Fällen; in dem einen fand sich die Erkrankung an den Nägeln der Hände und Füfse, ohne dafs sonst an irgendeiner Körperstelle Trichophytie nachweisbar war; in dem anderen Falle war die behaarte Kopfhaut mitbeteiligt. Die angelegten Pilzkulturen beider Fälle waren gleich. In dem letzteren Falle trat nach Anwendung von WILKINSONscher Salbe Heilung ein.

Schourp-Danzig.

Granuloma trichophyticum MAJOCCHI; Beitrag zum Studium der tiefen Trichophytien, von V. CHIRIVINO. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1907. Nr. 10.)

Neben den gewöhnlichen Erscheinungsweisen der Trichophytie kann sich die Affektion auch unter einem anderen Bilde zeigen, wobei die Sporen sich tief in das Bindegewebe einsenken; dadurch entsteht ein lokales Reaktionsgewebe mit besonderen und bestimmten morphologischen Merkmalen, vom klinischen und histologischen Gesichtspunkte aus von granulomatöser Natur. Dem granulomatösen Prozesse geht das Auftreten von kleinen herpesartigen Plaques voraus, niemals aber follikuläre Eiterungen oder perifollikuläre Infiltrationen. Die Affektion hat somit keine Beziehung zur Sykosis, dem Kerion oder anderen sekundären Granulationen. Der Verlauf ist chronisch, kann mehrere Jahre lang dauern, und die Affektion heilt unter Bildung einer Narbe und zuweilen einer beträchtlichen Atrophie der Haut. Spezifische Bakterien fehlen. Die Affektion ist sehr selten. *C. Müller-Genf.*

Über die aphthöse Mundentzündung, von Paul Hirsch. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von impetigoartiger Hautkrankheit beim Menschen, verursacht durch Demodex follicularis canis, von F. Lewandowsky-Bern. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 20.) Es handelte sich um einen italienischen Arbeiter, welcher am Gesicht verschiedene, bis zu etwa markstückgroſse, ganz wie Impetigo beschaffene Herde aufwies. Da man differentialdiagnostisch auch an ein parasitäres Ekzem und auch an Trichophytie wegen des Aussehens einiger der kleineren, im Gebiete der behaarten Gesichtsteile gelegenen Herde denken muſste, wurde auf Parasiten untersucht, unter Verwendung eines Stückchens der den vermeintlichen Impetigoherd umsäumenden Bläschen; dabei wurden unzweifelhafte Exemplare von Demodex canis in groſser Anzahl nachgewiesen. Unter Einpudern mit Xeroform verging die Affektion. Impfversuche, die etwas spät ausgeführt wurden, verliefen negativ.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Impetigo contagiosa, von Nathan T. Beers-Brooklyn. (*New York med. Journ.* 18. Juni 1907.) In dieser kurzen Arbeit hebt Verfasser das Überwiegen der Kinderjahre bei Impetigo hervor; sie kommt gewöhnlich bei blassen, schlecht genährten Kindern vor, deren Resistenz durch Mangel an Luft und Sonnenschein vermindert ist. Das Gesicht ist der Lieblingssitz. Im allgemeinen besteht wenig Juckreiz und nur, wenn Krusten sich bilden, Neigung, mit den Fingern oder Nägeln zu kratzen. Impetigo ist nicht übertragbar, die Pusteln, mit welchen sie beginnt, sind rund und erhaben, der allgemeine Gesundheitszustand meist ein guter. Die Unterscheidung von Ekzema pustulosum und Scabies ist besonders durch den Juckreiz (bei letzteren beiden Affektionen), aber auch die Art der Effloreszenzen meist erleichtert. Bei der Behandlung kommen als innere Mittel Calomel und allgemein tonische Präparate, äuſserlich Erweichung und Entfernung der Krusten mit Olivenöl und warmem Wasser und Seife, dann Auftragen einer Salbe (v. Hydrargyrum ammoniatum) in Betracht.

Stern-München.

Über das gehäufte Vorkommen einer eigenartigen Affektion der Haut der Ohrmuscheln bei den Schülern einer Schule (Dermatitis pustularis vernalis aurium), von Julius Heller-Charlottenburg. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 38.) In einer Gemeindeschule erkrankten von Anfang März bis Mitte April nacheinander 22 Knaben, von denen 13 einer Klasse angehörten, acht einer anderen und einer einer dritten. Sechs Knaben waren im 14., fünf im 13., elf im 12. Lebensjahre. Die Affektion war ausschlieſslich auf die Haut der Ohrmuscheln lokalisiert; fast stets waren beide Ohren erkrankt. Die Krankheit, während welcher sich die Kinder mit wenigen Ausnahmen durchaus wohl fühlten, begann unter der subjektiven Empfindung von Brennen und Jucken mit Bildung von drei bis sechs Bläschen, deren erst seröser Inhalt sich trübte, gelb wurde und zu einem linsengroſsen Schorfe eintrocknete. Nach

Abfall des Schorfes blieb eine ganz feine oberflächliche Narbe zurück, die noch einige Wochen sichtbar war. Eine Therapie war in keinem der beobachteten Fälle erforderlich. Alle Versuche, die Entstehung der Affektion zu erklären, scheiterten.

Verfasser ist nicht in der Lage eine Analogie für die beschriebene Veränderung in der Literatur ausfindig zu machen und möchte deshalb vorschlagen, die Affektion als Dermatits pustularis aurium vernalis bezeichnen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Beitrag zur Kenntnis der Blasengeschwülste bei Anilinarbeitern, von Ludwig Seyberth-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 32.) Die Blasentumoren bei Anilinarbeitern, auf die zuerst Rehn im Jahre 1895 aufmerksam gemacht hat, scheinen stets im Blasengrunde nahe der Ureterenmündungen zu sitzen, also an Stellen, die dauernd von dem mit Reizstoffen beladenen Urin bespült werden; ihr erstes klinisches Symptom ist meistens Bluthamen. In ihrem makroskopischen Aussehen und ihrer histologischeu Struktur haben sie manche Ähnlichkeit mit den von Göbel beschriebenen Blasentumoren bei Bilharziakrankheit; wie von diesen, so ist auch von den Blasengeschwülsten bei Anilinarbeitern ein großer Teil maligner Natur, doch sind epitheliale Wucherungen oft nur an ganz vereinzelten kleinen Partien vorhanden. Von fünf Fällen, die S. histologisch untersucht hat, waren drei, zwei einfache Granulationstumoren und ein Zottenpolyp, gutartig; gemeinsam war diesen drei Neubildungen eine sehr starke Entwicklung des überkleidenden Epithels und eine deutliche herdförmige, kleinzellige Infiltration des Geschwulstbodens. Zwei von den fünf Tumoren waren maligner Art: der eine stellte eine adenomatöse Geschwulst mit carcinomatösem Charakter, der andere ein reines Carcinom dar. Die Ursache der Entstehung so verschiedenartiger Tumoren ist zweifellos die chronische Reizung der Blasenwand durch den Anilinkörper enthaltenden Harn. Da der bösartige Charakter der Neubildungen oft erst bei genauer histologischer Untersuchung erkennbar wird, soll in jedem Falle eine möglichst radikale Operation vorgenommen werden.

Götz-München.

Pemphigusbeobachtungen, von Joseph Zeisler-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 3.) Nach allgemeinen Bemerkungen über die Nomenklatur und Ätiologie des Pemphigus bringt Z. drei Krankheitsgeschichten, von denen die eine insofern bemerkenswert ist, als sich der Pemphigus an eine Trichophytie anschloß und zuerst unter dem Bilde des Pemphigus vulgaris verlief, um dann in einen Pemphigus foliaceus überzugehen. *Schourp-Danzig.*

Über Pemphigus vulgaris, von A. Schawlow-Riga-Kemmern. (*Petersburger med. Wochenschr.* 1907. Nr. 15.) Ein Fall von Pemphigus mit vorwiegender Beteiligung der Schleimhäute, der bei einem 21jährigen Manne seit sechs Jahren besteht. Bei dem ersten Auftreten von Blasen an Nase, Mund und Lippen bestand gleichzeitig Bronchitis und mäßiges Fieber. Bei einem Rezidiv kam es auch zu Bildung von Blasen auf Händen, Füßen und über dem Schlüsselbein. Sonst betrafen die häufigen Rezidive immer nur die Schleimhäute von Nase, Mund, Kehlkopf und angeblich auch die Conjunctivae. Die narbige Verwachsung der Conjunctivalschleimhäute am Canthus externus des rechten Auges kann auch von einem früher bestehenden Trachom herrühren. Zu stärkeren Verwachsungen ist es in der Nase gekommen. Dieselbe ist verschmälert, die Nasenflügel sind schwer beweglich. Rechts ist das Septum mit der mittleren Muschel verwachsen.

Die klinischen Erscheinungen bei dem jüngsten Nachschub waren die einer mit Bronchitis verbundenen Influenza. Therapeutisch leisteten Schwefelbäder gute Dienste.

Schucht-Danzig.

Zur Verbreitungsweise des Pemphigus neonatorum, von KOWNATZKI-Berlin *Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 39.) Kurze Mitteilung über eine an der Frauenklinik der Charité in Berlin beobachtete Endemie von Pemphigus neonatorum, bei der die Infektion durch die Hände einer Pflegerin verbreitet worden ist.

Götz-München.

Beiträge zur Therapie der Acne vulgaris, von C. HERXHEIMER-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 12. Sept. 1907. Nr. 37.) Als ein nützliches und bewährtes Rezept empfiehlt H.: ℞ Sulphur. praecip. 15,0; Aq. calc. 45,0; Aq. amygdal. amar. 10,0. Das so hergestellte Liniment wird abends (aber nicht täglich, sondern abwechselnd mit einer milden Salbe, z. B. Ungt. Wilson.) aufgepinselt und morgens mit heifsem Wasser und Seife entfernt. Resorcinpasten können bei mäfsiger Konzentration auch die ganze Nacht liegen bleiben. ℞ Resorcin. 10,0; Zinc. oxydat. 25,0; Talc. venet. 25,0; Paraffin. liquid. ad 100. Man beachte, dafs Resorcin in Verbindung mit organischen Substanzen viel rascher zur Graufärbung übergeht als mit anorganischen. Eine stärkere nur stundenweise aufzulegende Paste ist: Resorcin., Zinc. oxydat., Talc. venet. = 10,0; Paraffin. liq. 20,0. Ein Brei von Natrium perborat. (eine Handvoll Pulver) auf 1/2 l Wasser), den sich der Patient abends auflegt, tut auch oft gute Dienste. Von innerlichen Mitteln hat H. mehrfach die frische Bierhefe angewendet, teils mit, teils ohne Erfolg. Überhaupt erzielt man gute Resultate oft mit ausschliefslich konstitutioneller, oft mit nur lokaler Behandlung, oft auch nur durch eine geeignete Kombination beider Behandlungsarten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Beziehungen der Acne vulgaris zu Allgemeinerkrankungen, von AUGUSTE BACH-Bern. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1907. Nr. 35—37.) Die Ätiologie der Acne juvenilis vulgaris ist noch nicht sicher festgestellt, speziell die bakteriologischen Fragen sind noch sehr wenig geklärt. Auch der Zusammenhang von Erkrankungen des Organismus im ganzen oder einzelner innerer Organe mit der Akne ist viel besprochen, aber noch nicht zur allgemeinen Zufriedenheit gelöst worden; so wird die Akne in Zusammenhang gebracht mit Chlorose, Magen- und Darmanomalien und mit Störungen auf dem Gebiete der weiblichen Genitalorgane. Zur Klärung dieser Frage untersuchte Verfasser eine grofse Anzahl der in Bern studierenden Frauen auf Akne und auf die für ätiologisch wichtig gehaltenen Zustände des Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Magen- und Darmkrankheiten, Menstruationsanomalien und anderer Erkrankungen, wobei mit dem neuen SAHLIschen Hämoglobinometer der Hämoglobingehalt des Blutes bestimmt wurde. Im ganzen wurden 190 Frauen untersucht, von welchen 128 Akne hatten. Es zeigte sich, dafs der Hämoglobingehalt dabei keine Rolle spielte; ebensowenig das Körpergewicht, auch auf die Bedeutung der Menstruationsanomalien für die Akne liefs sich kein sicherer Schlufs ziehen. Anerkannt wird, dafs die Akne erst mit der Pubertät auftritt und dafs in der Tat Verdauungsanomalien, und zwar speziell chronische Obstipation, eine gewisse Prädisposition zur Akne abgeben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Behandlung der Akne und des chronischen Ekzems, von RUSSEL H. BOGGS-Pittsburg. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 9.) Bei diesen Krankheiten und bei der Acne rosacea wird durch Röntgenbestrahlung ein guter Erfolg erzielt.

Schourp-Danzig.

b. *Cutis.*

Beiträge zur Therapie der Furunkulose und ähnlichen Hautkrankheiten, von A. SCHWEITZER-Fiume. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* Febr. 1907.) S. betrachtet Levurinose als das einzige Specificum gegen Furunkulose, Akne und Urticaria. Er verabreicht drei Efslöffel, bei Kindern drei Kaffeelöffel voll täglich in Wasser, Bier oder Milch vor den Mahlzeiten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Panaritien Neugeborener, von Emile Albert Galibert. (*Thèse de Paris*. 1906. Nr. 303.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Kasuistik und Behandlung gewisser, in kein Schema passender Geschwüre, von Georg Hauffe-München. (*Wien. med. Presse*. 1907. Nr. 4) Bei einem 35jährigen Manne entstanden an den Unterschenkeln, am Unterkieferwinkel, am inneren Augenwinkel Geschwüre und Abscesse, welche der Verfasser als „torpide chronische Eiterungen" bezeichnete, da für Aktinomykose, Rotz oder einer Form von Tuberkulose Anhaltspunkte fehlten. Die Diagnose Lues lehnt der Verfasser ab; dennoch wäre eine eingehendere Untersuchung darauf nach Ansicht des Referenten wohl erforderlich gewesen. — Der Fall wurde 1903 im Kreiskrankenhause Gr. Lichterfelde W. tagsüber ohne Verband dauernd in frischer Luft oder Sonne behandelt. Die Ränder der Geschwüre wurden zeitweilig geölt. Nachts wurde ein Öl-Guttapercha-Umschlag abwechselnd mit feuchten Kamillen- oder Bleiwasseraufschlägen angewandt. Bei fast fleischloser Kost wurde täglich zweimal ein heifses Fufsbad bis zum Schweifsausbruch verabfolgt. Nach sechs Monaten wurde der Kranke entlassen. Drei Monate später stellte er sich als völlig geheilt vor, nachdem er angeblich zu Hause die Geschwüre weiter mit Kamillen- und Breiumschlägen behandelt hatte.

Schourp-Danzig.

Schwer färbbare Stäbchen bei einem Fall von multiplen Hautabscessen, von Wilh. Wittneben-Kiel. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1907. Bd. 44, H. 5.) Bei einem 15jährigen Knaben traten einige Monate nach einem glatt geheilten (nach Inzision) periproktitischen Abscefs multiple, nicht vom Knochen ausgehende Hautabscesse an Beinen, Armen, Hals, Brust ohne nachweisbare Ursache auf und führten nach etwa acht Monaten unter allmählich zunehmender Herzschwäche zum Tode. In zwei, bei frisch eröffneten Abscessen und aus deren Tiefe entnommenen Eiterproben fanden sich im Gram - Präparat mit Karbolfuchsin-Nachfärbung gramnegative, eben sichtbare gerade Stäbchen, etwas kleiner als Tuberkelbazillen in Reinkultur. Aussaaten auf Löffler-Serum, Agar, Blutagar und Kartoffeln, ebenso wie (sieben) Tierversuche mit dem Eiter führten zu keinerlei Ergebnis bezüglich der Natur der Stäbchen. Dafs sie zu der Entstehung der Abscesse Beziehung haben, erscheint W. zweifellos, da sie ja in den beiden ersten Eiterproben ausschliefslich angetroffen wurden und erschien ihm dieser Befund beachtenswert, weil man bei ähnlichen Erkrankungsfällen möglicherweise die Anwesenheit der schwer färbbaren und auf Aussaaten meist steril bleibenden Stäbchen übersehen kann. *Stern-München.*

Ein Fall von multiplen Abscessen und oberflächlicher Gangrän der Zehen, behandelt mit autogenen Bakterienimpfungen, von Nathandel Gildersleeve und Howald Childs Carpenter-Philadelphia. (*Arch. of Pediatrics*. 1907. Nr. 9.) Bei einem neunjährigen Knaben traten Abscesse an verschiedenen Körperstellen auf: an den Extremitäten, im Gesicht, am Penis. Am schlimmsten waren die Zehen befallen, an denen Gangrän eintrat. Kulturen von dem Abscefseiter und der Gangrän ergaben die Anwesenheit des Mikrococcus pyogenes aureus. Von den Reinkulturen wurde eine Emulsion hergestellt und dem Knaben eingeimpft. Die Impfdosis enthielt 20 Millionen Kokken. Drei Tage nach der ersten Impfung begann die Heilung der Gangrän und der Abscesse und war in zehn Tagen beendigt. *Schourp-Danzig.*

Über zwei Fälle von akuter fortschreitender Hautgangrän, von R. R. James-London. (*Lancet*. 26. Okt. 1907.) Bei zwei Fällen von komplizierter Fraktur des Unterschenkels mit Gangrän, von denen der eine letal, der andere nach Amputation mit Genesung endete, entnahm Verfasser den Inhalt der entstehenden Blasen, und es wurden daraus Kulturen des Bacillus aërogenes capsulatus gewonnen resp. eines demselben sehr ähnlichen Mikroorganismus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Klinische, histologische und bakteriologische Studie über die Nosokomialgangrän, von N. Pende. (*Il Policlinico*. 1907. Nr. 7 und 8.) Der Verfasser beschreibt einen Fall, welcher genau mit der hämorrhagisch-pulpösen Form der alten übereinstimmt. Der Verlauf war ein außerordentlich langdauernder und zeichnete sich durch eine Reihe von Rezidiven auf derselben Wunde aus. Der Bacillus von Vincent kam dabei nicht in Frage, auch nicht eine fuso-celluläre Symbiose, sondern ein anderer Bacillus, der mit dem Pseudodiphtheriebacillus von Löffler - Hofmann identifiziert werden kann. Diesem Bacillus, der den nekrotischen Prozeſs des Granulationsgewebes eröffnet, schlieſsen sich später andere Keime an: Staphylococcus aureus und albus, Bacillus coli, Bacillus pyocyaneus, welche höchst wahrscheinlich den putriden Zerfall des nekrotischen Gewebes herbeiführen. Daraus geht hervor, daſs die Nosokomialgangrän keine ätiologische und pathogenetische Einheit bildet, was auch den Polymorphismus der Krankheit erklärt. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zur infektiösen, disseminierten Hautgangrän, von P. G. A. Lannelongue. (*Thèse de Bordeaux*. 1905. Nr. 92.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Ätiologie des „venerischen“ Granuloms, von W. Siebert. (*Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg.* 1907. S. 379.) Es wurden drei aus Neu-Guinea und Madras stammende Gewebsstücke von Granulomen untersucht. Bei allen Fällen bilden die Grundlage des Granuloms schöne, groſse Plasmazellen, die sehr zahlreich sind und ein umfangreiches Plasmom bilden, das vornehmlich in die obere Hälfte der Cutis eingelagert ist. In dem Nachbargewebe finden sich verstreut reichlich gröſsere und kleinere Herde von gleicher Beschaffenheit. Die am Rande verbreitete und Zapfen in die Tiefe sendende Epidermis verschwindet im Bereich der Geschwulstknoten.

Im Ausstrichpräparat aus Madras (Färbung?) finden sich 1. längliche Kokken, teilweise zu zweien gelagert, mit Schleimhülle umgeben; 2. Formen, die im Aussehen Hefezellen gleichen. Beide Arten, oft gleichzeitig, finden sich auch in Zellen. Ähnliche Gebilde finden sich auch in Schnittpräparaten. S. hat den Eindruck, daſs in den von ihm untersuchten Fällen die in den Schnitten gefundenen Kokken die Krankheitserreger sind, da er keine anderen hierfür in Betracht kommenden Gebilde im Gewebe angetroffen hat. *Arthur Schucht-Danzig.*

Eine neue Methode der Bubonenbehandlung, von Gustav Feigl-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 37.) F. empfiehlt vereiterte Bubonen in folgender Weise zu behandeln: Sobald Eiterung festgestellt ist, wird die erweichte Partie parallel zum Poupartschen Bande in einer Ausdehnung von 8—10 mm inzidiert und der Eiter, soweit er nicht von selbst abflieſst, mit einem kleinen Löffel, den man in den Absceſs einführt, ausgehoben, wobei aber jedes Schaben zu vermeiden ist. Dann wird mit 2%iger Lysollösung ausgespült, die zurückbleibende Spülflüssigkeit leicht ausgedrückt, und schlieſslich die Wundhöhle nicht zu fest, aber bis zum Grunde mit einem Gazestreifen tamponiert, der tüchtig mit Lysolformalin (50 g 2%ige Lysollösung: 6—10 Tropfen Formalin) durchtränkt ist. Die Wunde wird mit einem trockenen Gazebausch bedeckt, darüber kommt Watte, die mit essigsaurer Tonerdelösung angefeuchtet ist, und Billrothbattist. Die kleine Operation, die nur 2—3 Minuten dauert, wird in Lokalanästhesie mit Äthylenchlorid vorgenommen; der Verband muſs in der ersten Woche täglich, in der zweiten jeden zweiten, in der dritten jeden dritten Tag gewechselt werden. F. hat das Verfahren bis jetzt bei zwei kleineren und bei vier groſsen strumösen Bubonen mit vorzüglichem Erfolge angewandt; die Ausheilung war stets in drei Wochen vollendet. Der gröſste Vorzug der neuen Methode ist, daſs die Patienten überhaupt nicht zu Bett liegen und ihre Tätigkeit nicht unterbrechen müssen. — Gleich gute und rasche Erfolge erzielte F. mit seinem Verfahren bei phlegmonösen Prozessen, Furunkeln und Abscessen. *Götz-München.*

Röntgentherapie bei Onychomycosis, von Pellizzari. (*Acc. med.-fisica Fiorentina.* Dezember 1906.) Der Verfasser berichtet über drei Fälle von Onychomycosis trichophytica bei Kindern, welche nach 6—9 Röntgensitzungen vollständig geheilt wurden. *C. Müller-Genf.*

Erysipel, von L. Napoleon-Boston und Albert Engles-Blackburn-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 18.) Statistische Studie über 564 Fälle, darunter fand sich als Komplikation 69 mal eine akute Nephritis und in 1,03% Glykosurie; in 485 Fällen war das Gesicht der Sitz des Erysipels. *Schourp-Danzig.*

Experimentelle Pathologie und chirurgische Behandlung des Erysipels, von Ernest Laplace-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 3.) Die Verschiedenheiten der Erysipelformen entsprechen der Heftigkeit der Streptokokkeninvasion und der Empfänglichkeit des Patienten. Die Streptokokken nehmen in Bouillon, der eine Salzsäurelösung von 1:1000 zugesetzt ist, die typischen Formen des Staphylococcus an. Bei Weiterimpfung aus dieser sauren Bouillon auf Gelatine nehmen sie auch die Wachstumseigenschaften des Staphylococcus albus an. Hieraus ergibt sich, dafs saure Nährböden die Virulenz des Streptococcus vermindern. Daher empfiehlt sich therapeutisch die Umwandlung der Antiseptica in saurer Lösung, welche in direkte Berührung mit den Streptokokken nach vorgenommenen Skarifikationen zu bringen sind. *Schourp-Danzig.*

Über Erysipel der Schleimhaut des Pharynx und des Respirationsapparates bei kleinen Kindern, von S. Mariupolsky. Aus dem Kinderspital in Zürich. (Inaug.-Dissert. Zürich 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Über Erysipel im Kindesalter. Nach den Beobachtungen des Kinderspitals in Zürich, von Rosa Kunin. Aus dem Kinderspital in Zürich. (Inaug.-Dissert. Zürich 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Über die neuesten Heilmittel gegen Erysipel, von A. Rose-New York. (*Ther. Monatsh.* 1907. Nr. 6.) Verfasser berichtet über günstige Erfolge mit dem permanenten Wasserbade bei Erysipel; das permanente warme Bad übt einen Hautreiz aus, infolgedessen die vasomotorischen Nerven so beeinflufst werden, dafs es zu Gefäfsdilatation kommt. Die erweiterten Gefäfse bedingen Beschleunigung der Zirkulation, und durch die beschleunigte Zirkulation in den im Bade befindlichen Teilen werden die Produkte der Infektion und Entzündung fortgeschwemmt und durch den allgemeinen Blutkreislauf eliminiert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung des Erysipels mit Metakreosolanytol, von Hermann Neumann-Potsdam. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 29.) N. wandte mit Erfolg in 23 Fällen von Erysipel das von der Hamburger Ichthyol-Gesellschaft bereitete Metakreosolanytol an. Es ist dieses eine tiefschwarze, sirupdicke, nach Ichthyol riechende, in Wasser lösliche Flüssigkeit, welches selbst unverdünnt nicht die Haut reizt. Es wurde mit einem Wattepinsel rein zuerst auf die gesunde Haut in etwa 10—12 cm Entfernung von dem Krankheitsherd und in der Richtung nach diesem, dann erst auf der kranken Haut selbst ganz dick durch mehrmaliges Überstreichen aufgetragen. Der Erfolg war oft sehr schnell, die Temperatur sank bald, die Spannung der erysipelatösen Haut liefs bald nach. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der Opsonin-Index beim Erysipel und dessen Bedeutung bei der Behandlung mittels Impfung mit abgetöteten Streptokokken, von E. H. Schorer-New York. (*Amer. journ. med. Scienc.* Nov. 1907.) Aus einem Gesamtmaterial von 100 Fällen wählte Verfasser 36 aus, welche bei unzweifelhafter Diagnose sich im Anfangsstadium der Krankheit befanden und für die Beobachtung des Opsonin-Index somit geeignet waren. Unter der Bezeichnung Opsonin-Index ist hierbei zu verstehen nach dem Vorgang von Wright, kurz gesagt, das Mafs der Fähigkeit, welche die

Leukocyten besitzen, Kokken einer bestimmten Art, in diesem Falle Streptokokken, in sich aufzunehmen und zu vernichten. Diese Fähigkeit ist bei Patienten auf dem Wege zur Genesung gewöhnlich höher als im entgegengesetzten Falle und stellt sich auch im Anfangsstadium der Krankheit meist (die normale Beschaffenheit als erste angenommen) als einen Bruch dar. Der Opsonin-Index steigt im allgemeinen durch das Vorhandensein von abgestorbenen Mikroorganismen im menschlichen Körper, wie sich das im Verlauf einer günstig verlaufenden Krankheit vollzieht. Die Technik dieser Untersuchungen und Einzelheiten des Verlaufs der Krankheit sind ausführlich mitgeteilt. Als Gesamtresultat stellt Verfasser fest, dafs der Krankheitsverlauf bei den so behandelten Patienten im Durchschnitt fast drei Tage kürzer war als unter blofs lokaler Behandlung. Das gleiche günstige Resultat war bei Behandlung mit Antistreptokokkenserum zu verzeichnen. Verfasser hält sich aber nicht für berechtigt, hieraus irgendwelche definitiven Schlüsse zu ziehen, da es für den Wert der therapeutischen Erfolge an Vergleichen mit anderen Serien von Erysipelfällen fehlte, und andererseits der Opsonin-Index, obzwar von den oben angedeuteten Bedingungen abhängig, doch jedenfalls auch von manchen anderen Faktoren beeinflufst wird und eine sehr erhebliche und bisher noch keineswegs erklärte Unregelmäfsigkeit in seinem Verhalten aufweist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Elephantiasis acquisita palpebrarum, von Paul P. M. J. Baraton. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 114.) *Fritz Loeb-München.*

Rosacea, von P. G. Unna-Hamburg. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 36—40.) Rosacea wird leider noch immer meistens als „Acne rosacea" bezeichnet, obwohl sie mit der Akne nichts zu tun hat. Zu der Verwirrung gab zunächst Anlafs die vor hundert Jahren von Willan und Bateman eingeführte Bezeichnung, obwohl es im Laufe des Jahrhunderts an denkenden Dermatologen nicht fehlte, die gegen die Einreihung der Rosacea in das Kapitel der Akne Protest einlegten. Verfasser bespricht eingehend die Geschichte der Rosaceafrage in England, Deutschland, Frankreich und Nordamerika.

Verfasser selbst hat bereits vor 20 Jahren die These aufgestellt, dafs die meisten Fälle von Rosacea eine Krankheit sui generis seien und zwar eine Form des seborrhoischen Ekzems. Die Tatsache, dafs der seborrhoische Ursprung der Rosacea so spät aufgefunden wurde, erklärt sich nach Verfasser zum Teil aus dem Umstande, dafs die Patienten meistens erst auf dem Höhestadium ärztliche Hilfe verlangen, während das Krankheitsbild der Rosacea aus sehr verschiedenen einzelnen Symptomen zusammenwächst, die in ihrer Besonderheit nur im Anfange der Erkrankung richtig erkannt werden. Unter den ersten, noch unscheinbaren Symptomen der Rosacea hebt Verfasser besonders die „Vergilbung" (eine eigentümliche Gelbfärbung) der Haut in der Umgebung von Nase und Mund hervor. Ein zweites Frühsymptom ist die Pityriasis alba faciei. — Bei alten Patienten männlichen Geschlechts geht häufig der beginnenden Rosacea die ölige Seborrhoe der Nase voran. — Als Hauptsymptom beherrscht die Rosacea die Angiektasie; Verfasser beschäftigt sich deshalb gründlich mit deren Besonderheiten, mit deren anatomischer und physiologischer Grundlage und kommt zur Überzeugung, dafs die Kapillar- und Venenektasien der Gesichtshaut keineswegs die blofse Folge periodischer Hyperämien sind und dafs einfache Blutwallungen zum Kopfe keineswegs das Gesamtbild der Rosacea zur Folge haben können; nur diejenigen von den an habituellen Kongestionen leidenden Menschen erwerben mit der Zeit eine Rosacea, welche bereits vorher gereizte, erkrankte Partien der Gesichtshaut besafsen. — Die im Anfang beobachtete Rosacea tritt stets fleckweise auf, und es ist durchaus nicht immer die Nasenspitze, die zuerst befallen wird. Wesentlich verstärkt wird die bunte Beschaffenheit der Haut noch durch das Auftreten der

Follikulatiden, die von verschiedenen Autoren so sehr verschieden gedeutet waren und welche die meisten, aber keineswegs alle, Rosaceafälle begleiten. Aber im Gegensatz zu den Papeln und Pusteln der echten Akne haben diejenigen der Rosacea vier charakteristische Eigenschaften: 1. den Mangel an Komedonen; 2. den oberflächlichen Sitz; 3. den häufigen und vergleichsweise raschen Wechsel der Erscheinung und 4. die relative Schmerzlosigkeit. Dazu kommt noch für das Gesamtbild 5. die Verschiedenheit der Verteilung der Effloreszenzen über das Gesicht bei beiden Affektionen.

Der Ausgang der Rosacea in Rhinophym ist glücklicherweise ein seltener und zweifellos ein atypischer. Es darf deshalb keineswegs als Beweis dafür gelten, dafs die Rosacea von Haus aus eine Hypertrophie der Haut sei; sie ist und bleibt eine Entzündung der Haut, die in Form einer besonderen, durch Gefäfserweiterung ausgezeichneten Form des seborrhoischen Ekzems auftritt. Für die seborrhoische Natur der Rosacea sprechen noch gewisse andere Merkmale, die entweder gleichzeitig mit derselben bestehen oder nur anamnestisch festzustellen sind, und zwar: Blepharitis ciliaris, Ekzema seborrhoicum papulatum und Alopecia seborrhoica.

Bei der Differentialdiagnose werden ab und zu mit der Rosacea zwei Affektionen verwechselt: der Frost der Nase und der Lupus erythematosus; Verfasser bespricht deshalb die Unterschiede zwischen diesen drei Krankheiten. — Was die Ätiologie der Rosacea anbelangt, hängt sie naturgemäfs mit der Ätiologie des seborrhoischen Ekzems zusammen und ist demnach nach der bekannten Theorie des Verfassers in der Einwirkung parasitärer Keime gelegen. Diese bilden die wesentliche, die permanente Ursache der Rosacea, welche andererseits periodisch durch Einwirkung zahlreicher akzidenteller Ursachen exacerbiert. Diese letzteren teilt Verfasser in zwei Gruppen: 1. äufsere lokale Reize und 2. innere, entfernte, auf dem Nervenwege zugeführte Reize.

Die Prognose der Rosacea ist durch die veränderte Anschauung vom Wesen derselben eine durchaus gute geworden. Jede Rosacea ist heilbar, und zwar auf relativ einfachem Wege. Die Aufmerksamkeit des Arztes soll zunächst den Blutwallungen zum Kopfe zugewendet werden; gewisse Speisen oder Getränke, die bei den betreffenden Patienten Blutwallungen nach dem Gesichte verursachen, sind zu verbieten. Wichtiger aber ist die Vermeidung wirklicher Schädlichkeiten: der Reibung und der Kälte. Die Vermeidung jeder Reibung des Gesichtes und des kalten Wassers und die Verlegung des Waschens auf den Abend bessert schon jede Rosacea ohne weiteren Gebrauch von Medikamenten zusehends. Bei den reflektorisch erzeugten habituellen Blutwallungen ist es wünschenswert, Ichthyol innerlich zu verabreichen; es wirkt hier durch gleichzeitige Regulierung der Darmfunktion und der Zirkulation. Gleichzeitig mit der Beseitigung der akzidentellen Schädlichkeiten soll in allen Fällen auch die kausale Therapie eingeleitet werden. Sie zerfällt naturgemäfs in die örtliche Behandlung der Rosacea und in die Beseitigung aller übrigen seborrhoischen Begleiterscheinungen. Für das einfachste und beste lokale Mittel in den leichten Fällen der Rosacea hält Verfasser die Zinkschwefelpaste (mit Zusatz von Zinnober und etwas Vaseline). Zum Schutz gegen die Witterung und zur Verdeckung der Salbenreste dient ein hautfarbenes Puder. In schwereren Fällen mufs das tiefer wirkende antiseborrhoische Unguentum resorcini compositum zur Hilfe kommen, am besten in Form von:

℞ *Pastae zinci sulfuratae rubrae* 20,0—30,0
Unguenti resorcini compositi 10,0—20,0
Mf. pasta.

Durch diese Pastenbehandlung werden mit Sicherheit alle einzelnen Symptome der Rosacea bis auf die Venektasien beseitigt. Zur Entfernung der letzteren dient der Mikrobrenner von Unna; zur Nachbehandlung öfteres Auftragen des haut-

farbenen Puders (Boli rubrae 0,5, Boli albae 2,5, Amyli oryzae 8,0, Magnesii carbonici 4,0, Zinci oxydati 5,0). Leichtere Fälle heilen darunter in 2—4 Wochen, schwerere eventuell in 2—4 Monaten. Aber auch die letzteren können durch eine energischere Haus- oder Klinikbehandlung viel schneller zur Heilung gebracht werden, und zwar dank der vom Verfasser eingeführten Schälpaste, die nur bei Idiosynkrasie gegen Resorcin kontraindiziert ist. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Granulosis rubra nasi, von L. M. G. Ricard. (*Thèse de Toulouse.* 1903/04. *Fritz Loeb-München.*

Erythema nodosum der unteren Extremitäten mit akuter Kniegelenkentzündung, von Broca. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 34.) Klinischer Vortrag, der nichts Neues bringt. *Götz-München.*

Salicylisate bei der Behandlung von Lichen planus, von M. B. Hartzell-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 3.) Mitteilung von vier Fällen, in denen Arsen versagte und Natrium salicylicum, viermal täglich 0,9 g gegeben, guten Erfolg brachte. *Schourp-Danzig.*

Lichen planus-Erythrodermien, von Gaston Burgaud. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 285.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Kenntnis des Rhinoskleroms in der Schweiz, von B. Roudaeff. (*Thèse de Lausanne.* 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von Bauchdeckenaktinomykose, von Georg Hunaeus. (Inaug.-Dissert. Kiel 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Aktinomykose an der Haut des Fufses, von L. Bürger-New York. (*Amer. journ. med. science.* Nov. 1907.) In der Literatur hat B. 17 Fälle gefunden, bei denen die Diagnose auf primäre Aktinomykose der Haut gestellt wurde. Von diesen müssen einige (sieben) als nicht einwandsfrei erachtet werden, so dafs die Gesamtzahl nur klein ist. B. berichtet über einen Fall bei einer 16jährigen russischen Arbeiterin. Die Affektion begann angeblich vier Monate vor der Aufnahme in Gestalt einer kleinen Papel auf dem Fufsrücken, dicht an der vierten Zehe. An dieser Stelle befand sich eine unregelmäfsige, elliptische, rötlich-bläuliche Erhebung in einer Ausdehnung von $2{,}5 \times 1{,}3$ cm. Man hatte den Eindruck einer Hauttuberkulose, bedingt durch lokale Inokulation. Nach der operativen Entfernung zeigte die Wunde erst auf Darreichung von TK. Neigung zur Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur ganz spärliche Kolonien (drei in dem ganzen seriatim untersuchten Gewächs) von Aktinomyces. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pustula maligna in der Mandschurei, von Hochrjakow. (*Wratschebnaja Jaseta.* 1907. Nr. 39 und 40.) In der Zeit vom November 1905 bis zum Februar 1906, als die Halbpelze und sog. Papachen (Fellmützen) vom russischen Militär in der Mandschurei getragen wurden, kamen 210 Fälle von Pustula maligna in der russischen Armee vor, von denen verhältnismäfsig wenige, nur 13, also 6,19 %, einen tötlichen Ausgang nahmen. Die Pustula maligna safs am häufigsten auf dem Halse und dem Kinn, nächstdem auf den Wangen, auf dem Unterkieferrande, auf der Stirn usw. Als ätiologisches Moment waren die nicht genügend desinfizierten Pelze und Fellmützen anzusehen. Therapeutisch wurden mit Erfolg Injektionen von 5 % Karbolsäurelösung in der Umgebung der Pustel (eine bis vier Pravazsche Spritzen) und der Pacquelin angewandt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zur Verhütung des Milzbrandes, (*Österr. Krankenpflege-Ztg.* 1907. Nr. 20.) Anläfslich mehrerer in letzter Zeit aufgetretener Milzbrandinfektionen hat die niederösterreichische Statthalterei folgende Belehrung über die Gefahren der Milzbrandansteckung beim Menschen und deren Verhütung angegeben: (es sei der den Hautmilzbrand betreffende Passus zitiert). Selbst bei kleinen Verletzungen können die

Krankheitskeime in die Haut (Kratzwunde, Abschürfung) während der Arbeit eindringen. Bisweilen erfolgt die Infektion durch Fliegenstich (Aasfliegen, besonders bei Abdeckern, Fleischern). Einige Tage nach der Ansteckung entsteht an der betreffenden Hautstelle ein kleines Bläschen, in dessen Umgebung bald mehrere neue Bläschen auftreten, um sich alsbald in schwarze Schorfe umzuwandeln. Unter starkem Spannungsgefühl und lebhaften Schmerzen rötet sich die Umgebung und es entsteht eine mehr oder weniger grofse, bretthart anzufühlende Anschwellung. In weiterem Umkreise ist die Haut teigig weich geschwellt. Unter entsprechender und besonders frühzeitig eingeleiteter ärztlicher Behandlung tritt in vielen Fällen noch Heilung ein. In anderen, besonders nicht rechtzeitig behandelten und vernachlässigten Fällen kommt es zu einer allgemeinen Erkrankung infolge Blutvergiftung (Sepsis) und es tritt unter heftigem Erbrechen, Fieber, grofser allgemeiner Schwäche nach wenigen Tagen der Tod ein. *Arthur Schucht-Danzig.*

Weitere Untersuchungen über Framboesia tropica an Affen, von L. Halberstädter. (*Arb. a. d. k. Gesundheitsamte.* Bd. 26, Heft 1.) Dafs die Framboesia tropica trotz der Ähnlichkeit der Effloreszenzen und des Krankheitsverlaufes eine von der Syphilis völlig abzutrennende Krankheit ist, beweisen aufser früheren Impfversuchen drei weitere an Affen in Java (Neissersche Expedition) erzielten Impferfolge: In einem Fall gelang positive Impfung mit Syphilis 24 Tage nach Auftreten der ersten Framboesieerscheinungen, in zwei anderen positive Impfung mit Framboesie 8½ Monate bezw. sechs Tage nach Auftreten des syphilitischen Primäraffektes.

Bei den Affenversuchen haben sich auch Differenzen der beiden Erkrankungen Framboesie und Syphilis herausgestellt, welche sich, abgesehen von den morphologischen Unterschieden zwischen der Spirochaeta pallida und der Framboesiespirochäte, auf folgende Punkte beziehen:

1. Das Aussehen der Primärläsion bei Framboesie und bei Syphilis ist verschieden.

2. Lokale Rezidive sind bei niederen Affen nach Framboesieimpfung häufiger als nach Syphilisimpfung.

3. Die Tiere lassen sich nach Auftreten der Framboesieprimäreffloreszenz noch mit Syphilis infizieren und umgekehrt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Spirochaeta pertenuis und das klinische Bild der Framboesia tropica, von W. Schüffner-Deli. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 28.) Sch. hat in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Framboesia tropica, die er daraufhin untersuchte, die zuerst von Castellani gefundene Spirochaeta pertenuis seu pallidula nachgewiesen; er hält diese Spirochäte, die sich ihrem Aussehen nach von der Pallida nicht unterscheiden läfst, für den Erreger der Framboesie und diese und die Syphilis für „Schwesterkrankheiten“, die in ihrem Verlaufe einen auffallenden Parallelismus erkennen lassen. Die Stelle, an welcher der Infektionskeim eindringt, bildet sich bei der Framboesie wie bei der Lues zu einem Primäraffekt aus. Auch die Roseola, deren Vorhandensein nach Plehn in zweifelhaften Fällen für Syphilis und gegen Framboesie sprechen soll, gehört nach Sch.s Erfahrungen zum klinischen Bilde der Framboesie; er sah sie in 4% seiner Fälle und glaubt, dafs man sie noch viel häufiger antreffen wird, wenn man Gelegenheit hat, die Krankheit vom ersten Anfang an zu beobachten. Viel öfter, in mehr als 25% der Fälle beobachtete Sch. ein eigentümliches, in seiner Form sehr variables Exanthem, bestehend aus rundlichen, 1—3 cm im Durchschnitt haltenden, hellen Flecken, deren Randzonen durch einen Kranz stecknadelkopfgroßer oder noch kleinerer, manchmal von einer Schuppe bedeckter, aus Haarfollikeln hervorgehender Papeln gebildet werden. Die Papeln, die in sehr akuten Fällen selbst einen leicht vesikulösen Charakter tragen können, flachen sich nach der Mitte zu ab, das Zentrum wird zu einer gleichmäfsig hellen Fläche; wenn die Schuppung fehlt, sieht

man, dafs eine wirkliche Depigmentierung stattgefunden hat, der Pigmentverlust geht von den Haarfollikeln aus. Die Malayen halten dieses Exanthem, das zu jeder Zeit nach erfolgter Generalisierung der Infektion auftreten kann, für pathognomonisch gegenüber der Lues, nach Ansicht SCH.s mit Recht; denn seinen Erfahrungen zufolge kommt ein derartiger Ausschlag bei Syphilis nicht vor. Reine Schleimhautaffektionen macht die Framboesie niemals, wenn auch Papillome an den Lippen zuweilen auf die Schleimhaut übergreifen; wo im Munde Plaques muqueuses vorhanden sind, kann Framboesie ausgeschlossen werden. — In etwa 20% der Fälle treten Gelenk- und Knochenschmerzen auf, die mit Vorliebe an der Insertion der Gelenkkapseln oder einzelner Gelenkbänder lokalisiert sind, ohne dafs eine entzündliche Schwellung oder eine Synovitis bestände; auch das Röntgenbild läfst keine Veränderung der Knochen und Gelenke erkennen. Die Schmerzen, die sich namentlich in den ersten Perioden der Krankheit, und zwar bei Erwachsenen viel häufiger als bei Kindern, einstellen und abends und während der Nacht stärker werden, lassen sich durch Behandlung mit Quecksilber überraschend schnell beseitigen. Aufserdem kommt auch eine wirkliche Erkrankung der Knochen bei Framboesie vor; es ist eine Verdickung von Extremitätenknochen, die ohne spontanen Schmerz verläuft und sich im Gegensatz zu den Knochenschmerzen bei Kindern viel öfter zeigt als bei Erwachsenen. Am häufigsten werden die Fingerphalangen, die Metakarpal- und Metatarsalknochen befallen, die Gelenke scheinen nicht beteiligt zu sein. Auf dem Röntgenbild präsentieren sich die kranken Knochen dunkler als die gesunden, es hat ein vermehrter Ansatz von Knochensubstanz stattgefunden. Es handelt sich also wohl um eine ossifizierende Periostitis; der Prozefs führt nicht zur Rarefizierung von Knochengewebe und läfst sich durch Quecksilber vollständig beseitigen.

Die Framboesie ist all demzufolge eine sehr vielgestaltige, konstitutionelle Krankheit, die den ganzen Körper durchseucht; sie stellt „eine selbständige Affektion unmittelbar neben der Syphilis dar, eine zweite Syphilis, in demselben Verhältnis etwa, wie die Malaria tertiana neben der Perniciosa". *Götz-München.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der botryomykotischen Lippentumoren beim Manne, von FRANCOIS J. M. NOURY. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 8.)

Fritz Loeb-München.

Generalisierte Blastomykose, von JAMES B. HERRICK-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 4.) Bei einer 24jährigen Frau begann die Krankheit vor zwei Jahren in der Glutakalgegend mit Flecken und rheumatismusähnlichen Schmerzen und mit anschliefsender Bildung von oberflächlichen und tiefen Abscessen. Mikroskopisch und kulturell wurden im Eiter Blastomyceten nachgewiesen. Unter lokaler Behandlung und Jodkaliumdarreichung heilten alle Hautveränderungen.

Schourp-Danzig.

Blastomykose bei einem Kinde, von J. B. KESSLER-Jowa. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 7.) Bei einem vier Monate alten Säugling trat Blastomykose auf dem behaarten Kopf und auf den Wangen auf. Die klinische Diagnose wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Wegen der zarten Jugend der Patientin wurde von Röntgenbehandlung Abstand genommen. Das Kind und die stillende Mutter erhielten Jodkalium. Lokal wurden die Eruptionen mit 2%iger Formalinlösung und Salicylpaste behandelt. Es trat Heilung ein. *Schourp-Danzig.*

Die Bouba Brasiliens, von BREDA. (*Annali di medicina navale.* 1907. Heft 3.) Die Bouba hat mit Syphilis und Tuberkulose nichts zu tun und ist auch ganz verschieden vom Pian und den Yaws. Es ist eine endemische Affektion, unabhängig, autonom, entwickelt sich in subakuter oder langsamer Weise; der Verlauf ist chronisch, besonders wenn sie sich auf die Schleimhäute des Intestinal- und Respirationstractus

ausdehnt, wo sie dieselben erosiv-fungösen, maulbeerförmigen, kompakten Läsionen hervorruft, wie auf der Haut. Aufser der Haut und Schleimhaut verschont sie alle Gewebe. Sie beginnt in der Form eines kleinen Flecks oder einer Pustel, darauf folgt ein dermohypodermales, knotenförmiges Infiltrat, mit oberflächlichem Schorfe; unter dem letzteren liegt ein Geschwür mit einem immer tiefer sinkenden Grunde, der sich mit kompakten, schmerzlosen, wenig sezernierenden Granulationen überzieht. Subjektive Beschwerden fehlen fast ganz. Die Prognose ist günstig, solange sich die Affektion nicht über die äufsere Haut erstreckt. Die medikamentöse Therapie (Quecksilber, Jod) bleibt ohne jeden Erfolg. Der Verfasser hat die Röntgentherapie versucht, jedoch bis jetzt bei nur zwei Patienten, von denen sich der eine bald der Behandlung entzog; bei dem anderen wurde ein Rückgang der Granulome der Haut konstatiert; gegen die Schleimhauterscheinungen hatte sie keinen Erfolg.

C. Müller-Genf.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Über die Funktion der Geschwulstzellen, von D. v. Hansemann. (*Ztschr. f. Krebsforschung.* Bd. 4, Heft 3.) Das Resultat seiner Betrachtungen fafst v. H. im folgenden zusammen: Die Zellen der malignen Geschwülste besitzen eine Funktion und überhaupt eine physiologische Existenz, die sich derjenigen des normalen Gewebes, aus dem die Geschwülste hervorgehen, in jeder Weise anschliefst. Mit zunehmender Anaplasie der Zellen verändert sich die Funktion zunächst quantitativ, dann auch qualitativ. Ob die Funktion der Zellen jedesmal vollständig aufhört in dem Falle stärkster Anaplasie, ist aus dem Grunde bisher nicht möglich festzustellen, weil ihre morphologische Äufserung soweit reduziert ist, dafs sie auf gewöhnlichem Wege nicht mehr erkannt werden kann. Doch ist aus der Form der Zellen und aus der Struktur solcher Geschwülste stärkster Anaplasie wohl zu schliefsen, dafs die Zellen schliefslich keine andere Funktion mehr haben, als zu ihrer Erhaltung und ihrer Vermehrung absolut notwendig ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Kombinationsbehandlung bei bösartigen Neubildungen, von Carl Beck-New York. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 42.) Der Standpunkt, dafs die Röntgenmethode der chirurgischen bei der Behandlung von Geschwülsten usw. direkt gegenübergestellt wird, ist zu verurteilen; erstere kann die chirurgische nur ausnahmsweise ersetzen, in den meisten Fällen fällt ihr nur eine mitwirkende Benutzung zu; Arm in Arm sollen die beiden Methoden gehen und sich gegenseitig ergänzen. Bei malignen Neubildungen befolgt Verfasser folgende Prinzipien: 1. Möglichst ausgedehnte Exstirpation der malignen Neubildung mit Anstrebung der Prima intentio. Bei grofsen Defekten möglichste Deckung durch gleichzeitige, sorgfältige Plastik. Nach Verlauf einer Woche intensive Röntgenbestrahlung in zweitägigen Intervallen bis zur Reaktion. 2. Bei vorgeschrittenen Neubildungen, wie wir sie speziell öfter beim Carcinom der Brust finden, ist der geschaffene Defekt offen zu belassen, so dafs gleich nach der Operation täglich bestrahlt werden kann. Nach einer Woche sind die Ränder dann durch die sekundäre Naht zu vereinigen. Nach einer weiteren Woche ist die Bestrahlung wieder aufzunehmen. Sobald Reaktion eintritt, ist die Behandlung zu unterbrechen. 3. Im Anfang ist die Bestrahlung stets in Verbindung mit Diaphragma vorzunehmen, da die Wirkung auf den ursprünglichen Herd viel intensiver ist. Später ist es vorzuziehen, einen möglichst grofsen Radius der Umgebung zu bestrahlen, also

ohne abzudecken. Auch bei kleinen Epitheliomen empfiehlt sich die Exstirpation als das Primäre. Verfasser zeigt dann verschiedene von ihm so behandelte Fälle.

Bernhard Schulze-Kiel.

Welche allgemeinen Regeln für die Anwendung der Radiotherapie ergeben sich aus der Behandlung von Geschwüren und Krebsen? von Henri Noiré. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 444.) *Fritz Loeb-München.*

Carcinom-Infektion und Carcinomrezidiv, eine bei Krebsoperationen zu beachtende Gefahr, von C. Ryall-London. (*Lancet.* 1907. Nr. 4393.) An 25 in ihren Hauptzügen geschilderten und zum Teil durch Abbildungen demonstrierten Rezidivfällen zeigt R., daſs zweifellos die Berührung der Gewebe mit carcinomatösem Material, das zufällig etwa am Messer oder an den verwendeten Nadeln gehaftet haben mag, zu einer Ausbreitung des Leidens führen kann.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Histologie der spontanen Heilung des Hautkrebses, von H. Jacobsthal-Jena. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 84, Heft 2.) Bei einem 49jährigen, sonst gesunden Manne entwickelte sich an der linken Schläfe eine als flache Narbe erscheinende Hautveränderung, die ohne sichtbare Geschwulstbildung an ihrem Rande und, ohne Ulceration zu zeigen, langsam sich vergröſserte und innerhalb von zwei Jahren über zehnpfennigstückgroſs wurde. Als besonders auffallend war die völlige Verschieblichkeit der zarten Narbe über den tieferen Schichten bemerkenswert. Die Diagnose auf ein sehr oberflächlich verlaufendes Cancroid wurde mikroskopisch bestätigt, insofern als sich in den Randpartien der Narbe Epithelzellenhaufen und -stränge des Coriumcarcinoms zeigten. Dagegen fehlten epitheliale Bildungen unter der Epidermis völlig. Der Verfasser nimmt an, daſs spontan zentral eine völlige Ausheilung des Tumors erfolgte, während die Geschwulstbildung peripher stets weiter fortschritt. Das Bild gestaltete sich also durchaus ähnlich demjenigen, welches bei lupösen Prozessen an den Extremitäten gesehen wird. Histologisch ist hervorzuheben, daſs von der Seite des peripheren Fortschreitens der Geschwulst an bis zur zentralen Narbe hin alle Stufen der Entwicklung der Krebsalveolen bis zu ihrem Untergang zu beobachten sind. Der Untergang der Epithelzellen durch Atrophie bei gleichzeitiger starker Bindegewebsentwicklung veranlaſst den Verfasser zu der Annahme, daſs es sich hier primär um eine geringe Wachstumsenergie und Lebenskraft der Tumorzellen handelt, so daſs das Bindegewebe Zeit hatte, diese Elemente wie Fremdkörper einzukapseln.

Der hier beschriebene Heilungsvorgang stimmt in den wesentlichsten Punkten mit demjenigen überein, welchen Perthes für die mit Röntgenstrahlen behandelten Carcinome schildert. *Schourp-Danzig.*

Zum Basalzellenkrebs, von Hermann Coenen-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 36.) Erwiderung auf die Bemerkungen v. Hansemanns. Mitteilung von zwei Fällen der in Rede stehenden Hauttumoren mit Abbildungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von subcutan entwickeltem Plattenepithelcarcinom der Glutäalgegend, von Julius Richter-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 26.) Es handelt sich um ein Plattenepithelcarcinom, welches nicht von der Haut ausgegangen ist, sondern sich aus der Wand eines subcutan gelegenen Hohlraumes entwickelt hat. Wahrscheinlich lag ein aus einer chronischen Folliculitis hervorgegangener und sekundär epithelialisierter Absceſs vor, in dem sich in weiterer Folge aus der Wandauskleidung ein verhornendes Plattenepithelcarcinom (Cancroid) entwickelt hat.

Bernhard Schulze-Kiel.

Verschiedenes.

Nachdem die Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft beschlossen haben, daſs der **nächste (X.) Kongreſs zu Pfingsten 1908 in Frankfurt a. M.** stattfinden soll, hat der Vorstand als Termin Montag, den 8., Dienstag, den 9. und Mittwoch, den 10. Juni 1908 festgesetzt. Der Vorstand hat auch diesmal von offiziellen Referaten abgesehen, das Hauptgewicht soll wie bei den letzten Kongressen auf Demonstrationen und Diskussionen gelegt werden. Unbeschadet dessen soll jedoch in dem Programme den aktuellen Mitteilungen über die Ätiologie der Syphilis und über die experimentelle Syphilisforschung ein breiter Spielraum gewahrt werden. Die Teilnehmer am Kongresse werden demnach ersucht, die von ihnen beabsichtigten Vorträge und Mitteilungen sowie die hierzu gewünschten Behelfe (Mikroskope, Apparate usw.) möglichst bald, jedenfalls bis zum 15. März 1908 bei Prof. Dr. Karl Herxheimer in Frankfurt a. M., Gärtnerweg 40, anzumelden. Näheres über die Tagesordnung, die Wohnungsfrage usw. wird später mitgeteilt werden. Hofrat Prof. E. J. Pick-Prag, Präsident. Geh. Medizinalrat Prof. E. Lesser-Berlin, Generalsekretär-Stellvertreter. Prof. Dr. Karl Herxheimer-Frankfurt a. M., Geschäftsleiter des Kongresses.

Die biologische Differenzierung von Affenarten und menschlichen Rassen durch spezifische Blutreaktion, von Carl Bruck-Batavia. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 26.) Durch die Versuche von Wassermann, Schütze, Uhlenhut usw. ist der Beweis geliefert, daſs bei Berücksichtigung quantitativer Verhältnisse durch die Präcipitinreaktion die biologische Differenzierung von Tiergattungen untereinander mit Sicherheit möglich ist. Nach dem gegenwärtigen Stande der Forschungen gelingt es sicher, auf biologischem Wege Eiweiſs zweier selbst nahe verwandter Arten voneinander zu unterscheiden und auch gewisse Eiweiſsdifferenzen innerhalb eines Organismus festzustellen. Verfasser sucht nun die Unterschiede innerhalb der Arten festzustellen. Die sehr exakten Untersuchungen zeigen, daſs der Mensch biologisch ungefähr soweit vom Orang-Utan entfernt ist, wie dieser vom Macacus rhes. und nem. Mensch und Orang-Utan scheinen sich sogar etwas näher zu stehen, wie der Orang gewissen Makakenarten. Unterschiede der einzelnen menschlichen Rassen untereinander lieſsen sich mit den gegen Affen gerichteten Immunseren nicht konstatieren. Mit Hilfe eines gegen Vertreter der weiſsen Rasse gerichteten Immunserums ist es möglich, diese von Angehörigen der mongolischen und malayischen Rasse biologisch zu unterscheiden und gleichzeitig aus den erzielten Titergröſsen auf die Verwandtschaft der einzelnen Rassen untereinander zu schlieſsen. Der Titer bei Angehörigen derselben Rasse ist übereinstimmend. Die Chinesenantiseren zeigten denselben Endtiter gegen Chinesen und Holländer, einen geringeren gegenüber Malayen. Die Malayenantiseren hingegen wiesen denselben Wert gegen Vertreter aller drei Rassen auf. Es eignen sich also zur biologischen Differenzierung der Rassen nur solche Antisera, die gegen höherstehende als die zu differenzierenden gerichtet sind. Einer morphologisch am höchsten stehenden Unterart gebührt auch vom biologischen Standpunkte bezüglich ihres Eiausbaues dieser Platz. Die Antropologie und Zoologie könnte sich möglicherweise mit Vorteil der biologischen Methoden bedienen, um sowohl mit anatomischen Methoden erzielte Resultate biologisch zu vergleichen, als die Bearbeitung solcher Fragen auf biologischem Wege zu versuchen, bei denen andere Methoden schwer oder gar nicht zum Ziele führen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Versuche über Händedesinfektion unter besonderer Berücksichtigung der von Heusner empfohlenen Jodbenzinmethode, von Max Grasmann - München (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 42 und 43.) Versuche, die Gr. über die Wirksamkeit mehrerer Methoden der Händedesinfektion vorgenommen hat, ergaben folgende Resultate:

Die Reinigung der Hände mit Alkohol-Äthermischung und 1/2 %iger Salpetersäure nach Schumberg ist zwar ein sehr einfaches, schnelles und für die Haut schonendes Verfahren, aber der Desinfektionseffekt bleibt weit hinter dem anderer Methoden zurück. Eine modifizierte Fürbringersche Händedesinfektion — zehn Minuten langes Waschen mit Bürste und Schmierseife in warmem fließenden Wasser, fünf Minuten langes Bürsten mit 0,2 %igem Asterolseifenspiritus, gründliches Abspülen des Seifenspiritus in fließendem Wasser, fünf Minuten langes Bürsten mit 1 %iger Sublimat- oder 2 %iger Sublimatlösung — liefert sehr gute Resultate, die Keimverminderung beträgt bis über 99 %, aber die Methode ist sehr zeitraubend und ziemlich umständlich, und das lange Bürsten schädigt die Haut. Die Desinfektion mit 0,2 %igem Sublaminalkohol nach Engels — fünf Minuten langes Bürsten der Hände mit Schmierseife in fließendem warmem Wasser und fünf Minuten langes Bürsten mit Sublaminalkohol — hat eine hochgradige Keimminderung zur Folge (bis über 99 %), reizt aber die Haut sehr stark. Die Jodbenzinmethode nach Heusner — fünf Minuten langes Bürsten mit 1 ‰igem Jodbenzin und darauf Waschen in frischem Jodbenzin — ergibt noch bessere Erfolge und reizt die Haut gar nicht, ist dabei einfach und erfordert nur kurze Zeit. Die Desinfektionskraft des Jodbenzins ist in der Hauptsache nicht dem Jod, sondern dem Benzin zuzuschreiben, das fettlösend und luftverdrängend wirkt, die Epidermisschüppchen lockert und mit den Keimen wegschwemmt und so dem Jod den Zutritt zu den tiefer gelegenen Keimen ermöglicht. Der allgemeinen Anwendung des Jodbenzins steht seine große Feuergefährlichkeit hindernd im Wege. Gr. hat deshalb das Benzin durch Benzinoform ersetzt, einen Tetrachlorkohlenstoff, der nicht brennbar und nicht explosiv ist, aber ebenso fettlösend wirkt wie Benzin. Die Händedesinfektion mit Jodbenzinoform gibt die gleichen vorzüglichen Resultate wie die mit Jodbenzin; sie ist daher für die Anwendung in der Praxis sehr zu empfehlen. *Götz-München.*

Die Verbreitungsart und die Verhütung der Pest in Australien, von J. A. Thompson - Sydney. (*Lancet.* 1907. Nr. 4390.) Verfasser schildert mit verschiedenen Einzelheiten die von ihm durchgeführten Untersuchungen über den Ausbreitungsmodus der Pest. Bei Gelegenheit der Einschleppung von vereinzelten Fällen auf zwei in Sydney anlaufenden Schiffen konnte er ganz präzise Beobachtungen anstellen. Ferner führte er sehr genaue Nachforschungen bei 139 Pestfällen im Jahre 1902 in bezug auf deren Lebensweise und die möglichen Quellen der Infektion aus. Er ist vollkommen davon überzeugt, daſs mit wenigen Ausnahmen die Übertragung der Krankheit durch Flöhe stattfindet, welche auf infizierten Ratten gelebt haben. Er bestreitet, daſs irgendeine Rattenart weniger empfänglich für Pest sei als die anderen; dagegen ist zu konstatieren, daſs die Übertragung der Infektion von Ratte zu Ratte durchaus nicht sehr leicht stattfindet. Es können auf einem Schiff z. B., das wochenlang unterwegs gewesen ist, einzelne pestkranke Exemplare vorhanden sein unter vielleicht hundert gesunden. Zur Abwehr gegen die Epidemie ist demgemäſs die Vertreibung oder Vernichtung aller Ratten das einzig rationelle Verfahren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Diagnostisches und Therapeutisches auf dermatologisch - venerischem Gebiete, von A. Buraczynski. (*Allg. militärärztl. Ztg.*, Beilage z. *Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 26.) Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. №. 4. 15. Februar 1908.

Über experimentelle Erzeugung der Miliaria crystallina.

Von

Dr. Julius Schlachta,

Assistent an der k. k. dermatologischen Klinik in Innsbruck.

Die Miliaria crystallina wird als eine Hautaffektion beschrieben, die durch Schweißausbrüche im Verlaufe fieberhafter Erkrankungen hervorgerufen wird. Ein Auftreten ohne bestehendes oder vorausgegangenes Fieber unter Verbänden und Umschlägen scheint zwar den Klinikern hinlänglich bekannt, es finden sich aber die Angaben darüber in der dermatologischen Literatur nur spärlich, so bei Hyde und Montgomery, Jadassohn und Mirolubow.[1] Wie im folgenden geschildert werden soll, gelang es nun konstant, bei nicht fiebernden Individuen durch Schweißausbruch eine lokale Miliaria crystallina zu erzeugen, wenn die betreffende Hautstelle mehrere Tage vorher bestimmten Entzündungsreizen ausgesetzt worden war.

Diese Tatsache wurde zufällig bei Versuchen über Kataphorese beobachtet. Zunächst mögen einige Bemerkungen über Instrumentarium und Technik folgen.

Die aktive Elektrode bestand aus einem gewöhnlichen Bogenlampen-Kohlenstift von 1 cm Dicke, welcher behufs Isolierung mit Ausnahme der Endstücke lackiert war. Das zur Applikation dienende Ende trug ein mit Gaze überzogenes Wattebäuschchen, das andere wurde mit einer hülsenförmigen Klemme armiert. Die in der Kohle enthaltenen löslichen Beimengungen waren vorher durch destilliertes Wasser möglichst extrahiert worden.

Gewöhnlich geschah die Applikation an der Beugeseite des Vorderarmes. Die Versuchsperson nahm die indifferente Elektrode in die etwas

[1] Hyde and Montgomery, Diseases of the skin.

Jadassohn, Erkrankungen der Schweißdrüsen. Handbuch von W. Ebstein und J. Schwalbe, III. Bd., 2. Teil.

Mirolubow, Elisabeth, Über Granulosis rubra nasi und über Miliaria crystallina und alba. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1906. Nr. 62—63. Zitiert nach dem Referat in Unnas *Monatsheften*, 44. Bd.

befeuchtete Hand derselben Seite; die aktive Elektrode wurde nach ausgiebiger Durchtränkung ihres Bäuschchens mit der verwendeten Lösung unter leichtem Druck auf die Haut aufgesetzt und nötigenfalls auch von der Versuchsperson selbst, natürlich an dem durch die Lackierung isolierten Mittelstück, gehalten. Die Stromintensität, an einem eingeschalteten Galvanometer kontrolliert, stieg rasch an und wurde dann tunlichst auf konstanter Höhe erhalten.

Es sei schon jetzt hervorgehoben, dafs viele und ganz verschiedenartige Substanzen bei Applikation ihrer wässerigen Lösung mittels des elektrischen Stromes sich für die Miliariaerzeugung als geeignet erwiesen und dem letzteren für sich allein ursächlich jedenfalls eine wichtige Rolle zukommt. Auf die Frage, ob es sich in den einzelnen Fällen um Kataphorese, Anaphorese oder Jontophorese handle, wurde nicht eingegangen, und es soll daher im folgenden durchwegs nur die erste Bezeichnung gebraucht werden.

Versuche mit Antipyrin-Kataphorese.

Die eingehendste Untersuchung fanden die Verhältnisse beim Antipyrin, welches in 10%iger, wässeriger Lösung zur Anwendung gelangte. Bei Applikation mit der Anode (5 M.-A., fünf Minuten) ergaben sich die nachstehenden Veränderungen:

Im Bereich der Applikationsstelle entwickelt sich sehr rasch eine Quaddel, die von einem roten Hof umgeben ist und nach ihrer Resorption eine Rötung zurückläfst. Diese wird in den nächsten Tagen livid, unregelmäfsig fleckig und es tritt eine bräunliche Pigmentierung hinzu. Am fünften bis siebenten Tage ist die Röte geschwunden und das Hautrelief erscheint verdeutlicht. Um den 13. Tag beginnt eine kleinlamelläre Desquamation, welche drei bis vier Tage dauert; die neue Epidermis zeigt sich normal pigmentiert.

Wurde mit der Stromstärke auf 2—3 M.-A. herabgegangen oder bis 7 M.-A. gestiegen, so blieben die Erscheinungen im Wesen dieselben und es liefsen sich nur quantitative Unterschiede konstatieren. In zwei Fällen bei 5 und 7 M.-A. gelangte eine rasch vorübergehende entzündliche Reizung der Lymphgefäfse und kleineren Hautvenen des Unterarmes zur Beobachtung.

Bei Antipyrinapplikation mit der Kathode (5 M.-A., fünf Minuten) entwickelte sich ebenfalls ein entzündlicher Hof um die Stelle und es kam häufig zu Verätzungen. Diese stellen kleine, rundliche Scheibchen dar, welche manchmal den Charakter von Bläschen tragen, eine graue Farbe und Transparenz aufweisen, oft von einem quaddelartigen Hof umgeben sind, aber bald die Farbe der umgebenden Haut annehmen. In den nächsten Tagen werden sie hämorrhagisch und trocknen zu einer Kruste

ein, die sich nach ca. 17—20 Tagen abstöfst, bisweilen ohne eine Narbe zu hinterlassen.

Zwischen den Verätzungen bietet die Haut der Applikationsstelle keine wesentlichen Veränderungen; Quaddelbildung und folgende Rötung, Pigmentierung, Desquamation wie in den Anodenversuchen traten nur ausnahmsweise auf und dann in geringen Spuren.

Die erwähnten Verätzungen entwickelten sich unter der Kathode bei 5 M.-A. und fünf Minuten Versuchsdauer ebenso wie beim Antipyrin auch bei anderen Substanzen nicht konstant, doch sehr häufig. Andererseits sah man sie oft auch unter der Anode, falls die Stromstärke 6—7 M.-A. erreichte, sehr selten bei 5 M.-A., oder wenn die Applikationsdauer auf zirka zehn Minuten ausgedehnt wurde. In ihrem Aussehen und Verlauf gleichen sie den Kathodenverätzungen.

Es folgt nun die Beschreibung der lokalen Miliaria crystallina, welche sich auf der durch Antipyrinkataphorese erzeugten, abklingenden oder schon abgelaufenen Dermatitis hervorrufen liefs.

Dieser zweite Teil des Experimentes bestand einfach in der Hervorrufung eines profusen Schweifsausbruches bei der Versuchsperson. Bei entsprechend warmer Witterung gelang dies konstant mittels Anwendung des Heifsluftapparates, in welchen der Arm bis über den Ellenbogen eingeführt wurde. Innerhalb 15 Minuten bei einer Temperatur von 85—90° C kam es regelmäfsig zu einer reichlichen Schweifsentwicklung.

Bei kühler Witterung versagte dieses Verfahren sehr oft, weshalb unmittelbar vor der Heifsluftapplikation meist 0,008—0,010 Pilocarpin. hydrochlor. subcutan gegeben wurde. Der Erfolg kam jenem bei warmer Witterung und ohne Pilocarpin völlig gleich. Falls das Antipyrin am Rücken appliziert worden war, wurde die Schweifsentwicklung nach der Injektion in der Weise unterstützt, dafs die Versuchsperson im Bett in warme Decken gehüllt, noch einen Thermophor auf jene Stelle bekam. Bei leicht schwitzenden Individuen benutzte ich öfters den Schweifsausbruch nach mäfsigen körperlichen Anstrengungen, längerem raschen Gehen, Radfahren usw., und zwar gelang dies auch bei kälterer Witterung.

Die Heifsluftapplikation wurde stets so lange durchgeführt, bis der betreffende Arm von Schweifströpfchen bedeckt war, und dann noch weitere fünf bis zehn Minuten fortgesetzt.

Es sei zunächst über die Versuche mit der Anode bei 5 M.-A. berichtet. Innerhalb der ersten zwei Tage nach Vornahme der Antipyrinreizung gelang es fast nie, eine Miliaria hervorzurufen; nur in einem einzigen Fall entstanden nach etwas weniger als 48 Stunden zwei Bläschen im Bereiche der Reizstelle. In den übrigen Fällen bedeckte sich diese ebenso wie die umliegende normale Haut mit Schweifströpfchen und es kam zu keiner Entwicklung von Miliariaeffloreszenzen. Am dritten und

vierten Tage gelang es aber nahezu regelmäſsig, durch Erzeugung einer Schweiſsentwicklung eine Miliaria hervorzubringen. Die Haut blieb in der Ausdehnung der Dermatitis, also entsprechend einer Scheibe von ungefähr 17 mm Durchmesser vollständig trocken und hob sich infolgedessen als matte Scheibe von der feuchtglänzenden Umgebung deutlich ab. Bei genauerem Zusehen ergibt sich dann das Vorhandensein mehrerer etwa stecknadelkopfgroſser oder noch kleinerer Bläschen, deren Decke sehr zart und durchsichtig ist. Sie sitzen zumeist diskret und die Haut in ihrer Umgebung trägt die Charaktere der Dermatitis, also eine leichte lividrote Verfärbung, stellenweise Pigmentierung, hat aber durch das Experiment gegenwärtig keine Veränderung erfahren. Die Bläschen sind also in ihrer Umgebung und an ihrer Basis von keiner Reaktion begleitet. Ferner fehlen bei ihrem Auftreten und später jedwede subjektiven Symptome, wie Jucken, Brennen. Die Bläschen mit dünnerer Decke sehen in der Tat tautropfenähnlich aus. Infolge der Kleinheit der Effloreszenzen und da ihre Färbung von der der Umgebung kaum abweicht, können sie übersehen werden. Am besten treten sie bei scharfer, schräger Beleuchtung hervor und können sehr leicht durch den Tastsinn beim Darüberstreichen mit dem Finger wahrgenommen werden. Der Inhalt der Bläschen ist eine klare Flüssigkeit, die im Nativpräparat, abgesehen von spärlichen Hornschüppchen, von zelligen Elementen frei erscheint.

Alle diese Momente und der weitere Verlauf sprechen dafür, daſs es sich hier um eine lokalisierte Miliaria crystallina handelt.

Die Zahl der Bläschen ist eine variable; in den ersten Tagen ihres Auftretens, also am dritten und vierten Tage nach Erzeugung der Dermatitis, treten sie in der Regel spärlicher auf als an den nächsten Tagen, doch konnten auch schon am vierten Tage bis 25 und 30 Effloreszenzen gezählt werden. Bei gröſserer Anzahl erscheinen sie diffus über die ganze Stelle verteilt; handelt es sich um wenige Bläschen, so stehen sie häufig in einer losen Gruppe.

Ihre Gröſse variiert ebenfalls; die Mehrzahl der Bläschen hält etwas weniger als 1 mm im Durchmesser, und daneben kommen kleinere und gröſsere vor. Die letzteren entstehen meist durch Konfluenz benachbarter Effloreszenzen, was besonders häufig an jenen Stellen geschieht, wo die Dermatitis einen höheren Grad erreicht hat, entsprechend den lividroten Flecken, deren Form dann die Bläschen häufig annehmen. Mehrere Autoren geben an, daſs die Miliariabläschen niemals konfluieren, es finden sich aber auch gegenteilige Angaben in der Literatur.

Über die Reaktion des Inhaltes wurden keine Versuche angestellt, da ja bei dieser lokalisierten Miliaria die Flüssigkeitsausbeute eine viel kleinere ist als bei der stets gröſsere Flächen einnehmenden Form im Verlaufe fieberhafter Erkrankungen.

Am schönsten gelingt die Miliariaerzeugung vom fünften bis sechsten Tage ab bis unmittelbar vor Beginn der Desquamation. Die Zahl der auftretenden Bläschen ist in dieser Zeit eine gröfsere als in den ersten Tagen. Dieses Verhältnis wurde auch einmal an ein und demselben Fall genauer verfolgt, wobei sich ergab, dafs bei den aufeinanderfolgenden Schweifsausbrüchen am zweiten, dritten und fünften Tage die Bläschenzahl sukzessive stieg und am zehnten Tage ungefähr dieselbe blieb wie vor fünf Tagen.

Die Persistenzdauer der Bläschen hängt von der Fortdauer der Schweifssekretion ab. Während der heifsen Jahreszeit wurde bei einem leicht schwitzenden Individuum mit Sicherheit konstatiert, dafs die Effloreszenzen mehrere Tage hindurch unverändert persistierten. Bei kälterer Witterung aber erschienen in sämtlichen Fällen die Bläschen schon nach zwei bis drei Stunden weniger prall und waren über Nacht vollständig verschwunden. Die sehr wechselnde Persistenzdauer ist natürlich in der Genese des Prozesses begründet und gilt auch für die klinische Miliaria.

Das Verschwinden der Bläschen geschieht ohne Hinterlassung irgendwelcher Spuren, genau entsprechend dem Verhalten der echten Miliaria. Die Abschuppung der Antipyrinstelle wird auch durch das öftere Hervorrufen einer Miliaria keineswegs merklich beschleunigt.

Gelegentlich der mehrmals herbeigeführten Miliariaentwicklung an ein und derselben Stelle wurde beobachtet, dafs die Bläschen des ersten Versuches bei den folgenden Malen mindestens annähernd vollzählig wiederkehren. Ein Verhalten, das im Hinblick auf die Pathogenese ebenfalls vollständig klar liegt, indem die Bläschen in ihrer Lokalisation an jene der Schweifsdrüsenausführungsgänge gebunden sind.

Die Hervorrufung der Miliariaeffloreszenzen im Bereich der erzeugten Dermatitis gelingt nur solange, als die Abschuppung nicht beendet ist. Nach erfolgter Desquamation, wenn die neue Epidermis zutage liegt, reagiert die Stelle auf profuse Schweifsausbrüche nicht mehr mit Bildung einer Miliaria. Diese Fähigkeit ist also an das Vorhandensein der alten Hornschicht geknüpft und geht mit ihrer Abstofsung, d. i. nach ca. 14 Tagen, verloren.

Bei Verwendung anderer Stromstärken ergibt sich nichts prinzipiell Abweichendes.

In jenen Fällen, wo nur bis 2 M.-A. gestiegen wurde, konnte die Miliaria durchaus nicht regelmäfsig erzeugt werden, vielmehr blieb sie manchmal gänzlich aus oder es kamen nur einige wenige und sehr zarte Bläschen zur Entwicklung. Daraus geht hervor, dafs das Auftreten der Miliaria an einen gewissen Intensitätsgrad der vorausgegangenen Dermatitis gebunden ist. Mit Rücksicht auf jene Inkonstanz der Befunde bei 2 M.-A. wurde es vorgezogen, in der Regel mit 5 M.-A. zu arbeiten, obwohl die

Resultate in ersterem Fall, wenn sie positiv ausfielen, viel schönere waren. Die Rötung und Pigmentierung fehlte nämlich entweder vollständig oder war nur sehr schwach ausgebildet, so dafs die Miliariabläschen sehr oft auf scheinbar ganz normaler Haut auftraten, wie dies bei der klinischen Miliaria der Fall ist.

Bei 6—7 M'-A. waren die erzeugten Bläschen nicht typisch, es kam zur Bildung ganz schlaffer, faltiger Blasen.

Mit der Kathoden-Applikationsstelle wurde nur eine kleine Anzahl von Miliariaversuchen angestellt, weil die entstandenen Verätzungen das Bild sehr getrübt hätten. Überdies trat in keinem Falle Miliaria auf, wie es nach der vorausgegangenen, ganz fehlenden oder geringen Dermatitis zu erwarten stand. Da aber bei empfindlicheren Individuen eine leichte Dermatitis auftrat, so erscheint es möglich, dafs es in solchen Fällen doch gelegentlich zur Miliariaentwicklung zwischen den Verätzungen kommen kann.

Versuche mit Brechweinstein-Kataphorese.

Ein ziemlich abweichendes Verhalten zeigte die Miliaria auf der Dermatitis, welche durch Applikation von Brechweinstein mittels des elektrischen Stromes hervorgerufen war, weshalb auf diese Verhältnisse näher eingegangen werden soll.

Es gelangte nahezu ausschliefslich eine 1%ige wässerige Lösung zur Verwendung. Die Applikation geschah mit der Kathode, welche, da schon eine Stromintensität von 3—4 M.-A. genügte, durch ihre Verätzungen nur selten störte; die Anode erzeugte bei obiger Konzentration des Brechweinsteins nur eine ganz geringe und flüchtige Reaktion. Als Versuchsstelle diente wieder der Vorderarm, die Dauer der Kataphorese schwankte um fünf Minuten.

Noch während des Stromdurchganges (3—5 M.-A.) oder bald darauf beginnt die Entwicklung einer Quaddel mit Reaktionshof. Verätzungen treten nicht konstant auf und dasselbe gilt von weifslichen, stecknadelkopfgrofsen Knötchen, die meist noch vor der Quaddel zur Resorption gelangen. In den folgenden Tagen kommt es bei schwächerer Reizung blofs zu einer lividen, fleckigen Rötung mit Pigmentierung, bei stärkerer aufserdem zur Bildung von Knötchen und Bläschen, welche zu Krusten eintrocknen. Die Abstofsung der letzteren und die Desquamation an den weniger entzündeten Stellen beginnt spätestens innerhalb von ca. 13 Tagen. Danach ist die Haut noch etwas gerötet, leicht glänzend und zeigt ein deutlicheres Relief, welche Erscheinungen dann allmählich zurückgehen. Bei stärkerem Entzündungsreiz dauert der Prozefs bis über drei Wochen.

Wurde nun schon am dritten Tage ein Schweifsausbruch hervorgerufen, so traten an der gereizten Stelle bisweilen kleinste, sehr flüchtige knötchenförmige Erhebungen auf; hingegen gelang die Miliariaentwicklung

vom sechsten Tage ab bis zum Eintritt der Desquamation. Der durch die Brechweinstein-Kataphorese entzündete Hautbezirk bleibt während des Schweißausbruches vollständig trocken. Die entstehenden Bläschen sind entweder diffus verteilt oder sie zeigen eine Prädilektion für die weniger intensiv entzündeten Partien. Ihre Gröſse schwankt von 0,5—2 mm im Durchmesser, Konfluenz kommt ebenso wie in den Antipyrinversuchen vor. Das Bild der Miliaria wird aber insofern gestört, als die entstandenen Bläschen oft weiſslich erscheinen. Diese Eigenschaft kommt den Effloreszenzen der verschiedenen Versuche als auch ein und desselben Versuches in sehr wechselndem Grade zu und es finden sich einerseits manchmal ausschlieſslich zartwandige, klare Bläschen, in anderen Fällen hingegen nur weiſsliche bis satt weiſsgefärbte, oder man sieht beide Formen nebeneinander. Jene Verhältnisse scheinen in Abhängigkeit von dem Entzündungsgrad der Hautstelle.

Das Methylenblaupräparat zeigt, daſs der Inhalt eines weiſsen Bläschens bei der Fixierung einen deutlichen Niederschlag ergibt, die Flüssigkeit also Eiweiſs enthält. Ferner sieht man zahlreiche Kerne, deren zugehöriges Protoplasma zum gröſsten Teil oder gänzlich verloren gegangen ist; sie entsprechen wahrscheinlich Epithelzellen. Über Nacht verschwinden die Effloreszenzen nahezu spurlos, um bei einem neuerlichen Schweiſsausbruch an den früheren Stellen wiederzuerstehen. Der Befund erinnert an jenen von Mirolubow,[2] ist aber ohne histologische Untersuchung schwer zu deuten. Um eine Miliaria alba handelt es sich nicht, da ja klinisch das Vorausgehen von Knötchen fehlt und auch der weitere Verlauf dagegen spricht.

Sind seit der Brechweinstein-Kataphorese zwar fünf oder mehr Tage vergangen, es findet sich aber zu dieser Zeit noch ein höherer Grad von Dermatitis, nämlich neben dem Erythem eine stärkere Exsudation, so bleibt beim Schweiſsausbruch die Miliariaentwicklung aus.

Wird die Miliaria nach mäſsig starker Brechweinsteinreizung (3—4 M.-A.) kurz vor der Desquamation, also ungefähr am zwölften Tage, erzeugt, so bleibt die Applikationsstelle während des Schweiſsausbruches ebenso wie in den analogen Antipyrinversuchen nicht vollständig trocken, sondern es dringen einige wenige Schweiſströpfchen an die Oberfläche. Trotzdem entwickelt sich eine schöne Miliaria mit zahlreichen Effloreszenzen. Ein Teil dieser besitzt durchsichtige Bläschendecken, die übrigen erscheinen mehr oder minder weiſslich und durchscheinend; ihr Inhalt weist aber unter dem Mikroskop keinen Eiweiſsgehalt und keine zelligen Elemente auf. In diesem Stadium zeigt die Haut nur mehr eine geringe Rötung und keine stärkeren Entzündungserscheinungen.

---

[2] l. c.

Nach erfolgter Desquamation gelang die Miliariaentwicklung nicht mehr in der früher geschilderten Form, doch soll nochmals auf diesen Gegenstand zurückgekommen werden.

Miliaria crystallina nach anderen Dermatitiden.

Die Versuche über die Eignung verschiedener Substanzen zur Miliariaerzeugung bei Applikation mittels Kataphorese zeigten, daſs auch sehr wenig reizende Stoffe, wie destilliertes Wasser[3] der Apotheken und physiologische Kochsalzlösung ein positives Resultat ergaben. Jene Flüssigkeiten wurden mit der Anode bei einer Stromstärke von 3—7 M.-A. appliziert. Die darauf folgenden Lokalerscheinungen waren nur geringfügig; nach Anwendung der höheren Stromintensitäten trat an der Reizstelle eine vorübergehende Rötung auf, die schon am nächsten Tage verschwand oder bloſs in Spuren erhalten blieb. Daneben entwickelten sich öfters zarte Pigmentierungen, das Hautrelief wurde verdeutlicht und schlieſslich kam es zu einer sensiblen Abschuppung. Bei den niedersten Stromstärken fehlte vom zweiten Tage an jedwede Veränderung, die Haut erschien vollständig normal, doch lieſs sich bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit um den 14. Tag ebenfalls eine zarte Desquamation nachweisen.

Die Miliaria wurde nach fünf bis acht Tagen hervorgerufen und ergab bei beiden Flüssigkeiten typische, klare Bläschen, wie in den Antipyrinversuchen. Abweichend erschien bloſs die häufig sehr geringe Anzahl von Effloreszenzen sowie der Umstand, daſs diese in vereinzelten Fällen überhaupt vollständig vermiſst wurden. Dafür war besonders in den Versuchen mit geringer Stromintensität das positive Resultat ein sehr schönes und das Bild glich vollständig der klinischen Miliaria, da die Bläschen auf anscheinend völlig normaler Haut saſsen.

Die Applikation obiger Flüssigkeiten mit der Kathode geschah nur in wenigen Fällen wegen der auftretenden, störenden Verätzungen und es lieſs sich bei der gewöhnlichen Stromstärke von 5 M.-A. und einer Versuchsdauer von fünf Minuten bisher nur einmal eine nachfolgende Miliaria erzeugen.

Anodenversuche mit anderen Lösungen, Harnstoff, Pilocarpin. hydrochl., schwefliger Säure usw. ermöglichten ebenfalls die Hervorrufung einer Miliaria, ergaben aber nichts wesentlich Abweichendes.

Die Frage über die Bedeutung der Kataphorese in den angeführten Versuchen, ob nämlich dem Reiz des elektrischen Stromes ätiologisch eine ausschlieſsliche Rolle zukommt, oder ob die verwendete Lösung, soweit es sich um reizende Stoffe handelt, sich an dem Vorgang mitbeteiligt, ist

[3] Sein geringes Leitungsvermögen genügte vollständig für die Vornahme des Versuches.

bisher noch nicht entschieden, doch scheint mir das Letztere wahrscheinlich und es werden die dahin gerichteten Versuche fortgesetzt.

Keineswegs besitzt aber die Kataphorese eine spezifische Wirkung in unserem Sinne, da noch bei einer zweiten Dermatitisart, nämlich auf Erfrierungen die Miliariaerzeugung gelang.

Die Kälteapplikation geschah mittels Chloräthyl-Sprays, ebenfalls stets an der Beugeseite des Vorderarmes in der Weise, daſs ein etwa in der Gröſse eines Zweihellerstückes durchlochter Pappendeckel an die Haut leicht angedrückt und diese dem Strahle aus einer Entfernung von 25 bis 30 cm ausgesetzt wurde. Da die Zeit bis zum Eintritt des Gefrierens ziemlich schwankte, wurde in den späteren Versuchen immer nur die Dauer von jenem Augenblick bis zum Aussetzen des Sprays berücksichtigt; sie betrug meist 12—15 Sek. Sodann wurde die gefrorene Hautpartie durch Auflegen der Finger innerhalb weniger Sekunden zum Auftauen gebracht.

Nach Resorption der sofort entstehenden Quaddel bleibt eine rote, am Rande häufig etwas elevierte Plaque zurück, deren Färbung in den nächsten Tagen ins Livide übergeht. Auſserdem tritt eine graubraune Pigmentierung hinzu, das Hautrelief verändert sich und vom 9.—13. Tage ab erfolgt sukzessive die Abstoſsung der Hornschicht. Die neue Epidermis ist etwas gerötet, glänzend, und schuppt kleienförmig, welch letzterer Vorgang manchmal noch nach fünf Wochen, allerdings nur in Spuren, zur Beobachtung gelangt.

Die Ergebnisse bezüglich der Miliaria sind folgende: Sicher gelang die Hervorrufung des Phänomens um den sechsten bis siebenten Tag. Die Schweiſssekretion muſs länger unterhalten werden als in den Kataphoreseversuchen mit Antipyrin usw.; am besten eine Dreiviertel- bis ganze Stunde. Im Bereich der Sprayapplikationsstelle findet man keinerlei Schweiſsabsonderung, die Stelle bleibt trocken und hebt sich bei seitlicher Beleuchtung als matte Scheibe von der feuchten Umgebung ab, gerade so wie in den früheren Versuchen. Nach Ablauf der erwähnten Zeit, meist aber schon früher, finden sich Bläschen vor, die in ihrer Form und Gröſse ziemlich variieren. Entweder stellen sie annähernd kreisrunde, etwa 1 mm groſse Bläschen dar, wie wir sie in den Antipyrinversuchen sahen, oder es handelt sich um unregelmäſsige Abhebungen der Hornschichte durch Flüssigkeit, die bei ungenügender Schweiſsentwicklung ganz schlaff erscheinen und Falten gleichen, bei einer intensiveren aber prall gefüllt sind, bis um 1 mm das Hautniveau überragen und hier und da ihre Entstehung durch Konfluenz rundlicher Bläschen verraten. Die Blasendecke ist entschieden dicker als in den Antipyrinversuchen und erscheint demzufolge weniger durchscheinend; der Blaseninhalt ist klar. Diese Effloreszenzen sitzen entsprechend dem Stadium des Entzündungsprozesses am sechsten bis siebenten Tage auf lividroter Haut.

Über Nacht verschwinden die kleinen Effloreszenzen spurlos, bei den größeren findet man die Blasendecke vollständig kollabiert. Werden in den nächsten Tagen wieder Schweißausbrüche erzeugt, so erstehen die alten Blasen von neuem, wobei oft noch einige frische hinzukommen, alles ebenso wie bei der Antipyrindermatitis.

Die Effloreszenzen zeigen keine gesetzmäßige Verteilung, sie finden sich an den Randpartien so häufig wie zentral; öfters sieht man sie in einer bogenförmigen, konzentrischen Reihe angeordnet. Ihre Anzahl ist durchweg viel spärlicher als in den vorhergehenden Miliariaversuchen.

Das Auftreten der geschilderten Bläschen wurde auch noch kurz vor Eintritt der Desquamation beobachtet. Erzeugt man aber ungefähr eine Woche darnach, etwa am 17. Tag einen Schweißausbruch, so entwickeln sich auf der Erfrierungsstelle ziemlich dichtgesäte, miliare, grauweiße Knötchen, so daß die Haut wie punktiert aussieht. Diese Effloreszenzen sind noch flüchtigerer Natur als die Miliariabläschen. Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß die Haut zu jener Zeit, also einige Tage nach Beendigung der ersten Schuppung noch nicht zur Norm zurückgekehrt ist, vielmehr noch eine leichte Rötung, etwas Glanz und verstärktes Relief aufweist, und bald eine zweite kleienförmige Schuppung eingeht.

Die geschilderten Knötchen stellen jedenfalls eine abortive Form von Miliaria crystallina-Effloreszenzen dar, zumal sich die größeren unter der Lupe als kleinste Bläschen entpuppen. Ein analoger Befund wurde in den Brechweinsteinversuchen erhoben, wenn, wie dies meist der Fall ist, die Haut nach der Desquamation noch einen leichten Grad von Entzündung aufwies.

Die Prüfung anderer artefizieller Dermatitisformen auf die Möglich keit in ihrem Bereich eine Miliaria zu erzeugen, wurde bereits in Angriff genommen. Versuche mit feuchten Überschlägen, die sich den eingangs erwähnten Beobachtungen zufolge besonders gut eignen mochten, ergaben bis jetzt kein positives Resultat. Aber auch auf klinische Entzündungsformen wie Erythema, Ekzem, Psoriasis usw. sollen die Untersuchungen ausgedehnt werden.

Zusammenfassung der Versuchsergebnisse und über die Pathogenese der experimentellen Miliaria crystallina.

Sämtlichen vorausgehenden Versuchen gemeinsam war die Erzeugung einer Dermatitis, welche durch mehrere Tage persistiert, dann allmählich abklingt und zu einer Parakeratose führt. Denn in allen Fällen kam es zu einer sensiblen Abschuppung in verschieden großen Lamellen. Wurde nun mindestens nach einem Zeitraum von zwei Tagen, aber andererseits noch vor Vollendung der Abstoßung jener abnormen Hornschichte ein Schweißausbruch der betreffenden Körpergegend erzeugt, so kam es im

Bereich der bestehenden oder makroskopisch schon völlig abgeklungenen Dermatitis zur Entwicklung einer mehr oder minder typischen Miliaria crystallina.

Die Entzündung, welche zu diesen Erscheinungen führt, wurde zum Teil durch Applikation verschiedener Flüssigkeiten mittels Kataphorese hervorgerufen. Die Miliariaerzeugung gelang aber auch im Bereich der Dermatitis nach Erfrierung und deshalb ist es möglich, daſs noch andere Reizarten und Dermatitisformen existieren, denen die in Frage stehende Eigenschaft zukommt.

Als gemeinsame Bedingung wurde nur festgestellt, daſs die Dermatitis eine gewisse Intensität und Dauerhaftigkeit aufweisen muſs, und daſs die Erzeugung einer Miliaria in ihrem Bereich nur in dem Intervall von zwei bis mehreren Tagen nach Beginn der Entzündung bis zum Ablauf der Desquamation möglich ist.

Über die Pathogenese der geschilderten experimentellen Miliaria gibt uns das histologische Bild Aufschluſs. An Schnitten durch eine Antipyrindermatitis vom 13. Tage, auf welcher eine Miliaria erzeugt wurde, sieht man wesentliche Veränderungen vorherrschend in der Hornschicht. Diese ist im Bereich der Applikationsstelle bedeutend dicker als an der angrenzenden normalen Haut, aber auch das Rete zeigt eine Spur von Verdickung. Wie schon aus dem klinischen Bilde erschlossen wurde, findet sich tatsächlich eine Parakeratose vor; und zwar folgt auf das schmale Stratum granulosum zunächst eine Lage normal verhornter Zellen, dann aber kommt eine wechselnd dicke Schichte mit Eosin intensiv färbbarer, protoplasmareicher Zellen, die mit einander zu einer kompakten Masse verschmolzen sind und zum Teil Kerne enthalten. Auf diese Lage folgt dann schlieſslich noch eine letzte oberflächliche mit normaler Verhornung.

Die parakeratotische Hornschichte durchzieht in Form eines sehr deutlich hervortretenden roten Streifens das Stratum corneum im Bereich der ehemaligen Applikationsstelle und verliert sich an der Grenze gegen die normale Haut. Die Miliariabläschen finden sich ausschlieſslich über Ausführungsgängen von Schweiſsdrüsen und erscheinen im Präparat vollständig leer. Sehr wichtig für das Verständnis der Pathogenese dieser experimentellen Miliaria ist nun der Befund, daſs die Decke jener Bläschen durchgehends von der parakeratotischen Hornschichte gebildet wird; die Unterseite der letzteren begrenzt das Kavum von oben. An der Basis des Bläschens, die von der frischen, normalen Hornschichte gebildet wird, sieht man die obersten Windungen des Schweiſsdrüsen-Ausführungsganges meist deutlich erweitert. Es ist ohne weiteres klar, daſs das Hindernis für den Austritt des Schweiſses in der Decke des Bläschens liegen muſs oder oberhalb derselben. Der letztere Fall kommt nicht ernstlich in

Betracht, denn die betreffende Schichte besteht aus normalen, locker aneinandergefügten Hornzellen; folglich kann der Verschluſs nur in der parakeratotischen Schichte stattgefunden haben.

Wie ist nun der Ausführungsgang im Bereiche dieser beschaffen? Seine Windungen lassen sich nur in wenigen Fällen auffinden, doch muſs man sich vor Verwechslung mit bloſsen Spaltbildungen jener Schichte hüten. Der Gang repräsentiert sich in Form eines ovalen Lumens, das manchmal von kernhaltigen Zellen ausgekleidet ist und keinerlei fremdartige Einlagerung aufweist. Trotz der Serienschnitte läſst es sich jedoch unmöglich entscheiden, ob er im Bereich der ganzen Schichte wegsam ist oder an einer Stelle obliteriert erscheint. Da aber der Gang nur in seltenen Fällen einwandfrei nachgewiesen werden kann und sein Verschluſs klinisch feststeht, so läſst sich mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit behaupten, daſs er im Bereich der parakeratotischen Schichte überall entweder vollständig oder nur stellenweise obliteriert ist.

Die Ursache der Miliariaentstehung in den geschilderten experimentellen Fällen müssen wir also in der Entwicklung einer Parakeratose infolge der vorausgegangenen Dermatitis sehen.

Um zu entscheiden, inwieweit dieses Ergebnis auf die Pathogenese der klinischen Miliaria übertragbar ist, werden sowohl bei dieser neue histologische Untersuchungen vorzunehmen sein, als auch bei jenen früher erwähnten Formen der experimentellen Miliaria, wo die Bläschen auf anscheinend ganz normaler Haut auftreten.

Herrn Professor Riehl, an dessen Klinik diese Arbeit begonnen wurde, bin ich ebenso wie meinem gegenwärtigen Chef, Herrn Professor Merk, welcher mir die Fortsetzung der Untersuchungen in bereitwilligster Weise ermöglichte, zu gröſstem Dank verpflichtet.

Über Opsonine und die Opsoninbehandlung einiger Hautkrankheiten.

Von

A. Winkelried Williams, M. B., C. M., D. P. H.,
Leiter der dermatologischen Abteilung vom Royal Alexandra Hospital, Brighton und St. Mary's Dispensary, Brighton,

und

F. G. Bushnell, M. D., D. P. H.,
Prosektor am Stephen Ralli Memorial Laboratorium für Pathologie, Sussex County Hospital, Brighton.

Teil II.

Mit 8 Figuren im Text.

Die Wirkung der die opsonisierende Kraft des Blutes steigernden bakteriellen Vaccinen ist bei Fällen von lokaler Infektion, wie Lupus, Karbunkel usw., leicht zu begreifen. Die eingeführte Vaccine zehrt zunächst einen Teil der im Serum vorhandenen Opsonine auf, und bei denjenigen Fällen, bei denen die Lokalinfektion eine gewisse Menge dieser Opsonine verbraucht, kann eine plötzlich eingeführte weitere Dosis von Bakterien die normalen Opsonine so erheblich reduzieren, daſs ein ausgesprochener Abfall des Opsonin-Indexes hervortritt. Das Bedürfnis nach frischem Schutzmaterial und das Vorhandensein konzentrierter bakterieller Substanzen in den Geweben bewirken einen heftigen Reiz für die Bildung von Opsoninen. Es entstehen spezielle Opsonine im Organismus, und eine Steigerung des Opsonin-Indexes ist die Folge.

Nicht so leicht ist es, die Wirkung der Vaccinen bei verschiedenen Krankheiten zu verstehen, wenn die Bakterien weit verbreitet sind und eine Infektion des Blutes stattgefunden hat. Bei derartigen Fällen kann man von der Einverleibung von noch mehr Bakterien mittels der Vaccine eigentlich nichts Gutes erwarten. Man sollte meinen, daſs bei solchen Fällen auf diese Weise nur Öl ins Feuer gegossen wird; aber die tatsächliche Erfahrung hat gezeigt, daſs bei einigen allgemeinen bakteriellen Blutinfektionen eine günstige Wirkung durch Verwendung von Vaccinen, welche man aus den den Blutkulturen entstammenden Organismen bereitet, doch zu erzielen ist. Wright erklärt diese Erscheinung durch die Annahme, daſs die Bakterien bei ihrem Eintritt in den Blutstrom so verdünnt sind, daſs sie keinen entschiedenen Reiz auf die opsoninbereitende

Maschinerie des Körpers mehr ausüben. Injiziert man aber eine bakterielle Vaccine in die Gewebe, dann hat man es mit bakteriellen Substanzen in sehr konzentrierter Form zu tun, und dementsprechend handelt es sich dabei auch um die Erzeugung gröfserer Quantitäten von Schutzsubstanz (*Clinical Journal.* 16. Mai 1906, S. 77).

Die konkomitierende Wirkung der Bakteriolysine und deren Bedeutung für den Opsonin-Index werden wir weiter unten besprechen, sowie die Fehlerquellen, welche beim Studium der Opsonine sich geltend machen. Zunächst jedoch ist es ratsam, die Einzelheiten der Technik kennen zu lernen.

Technik.

Es wäre nur eine Zeitverschwendung, wollte man sämtliche Einrichtungen, welche bei der Ausführung der Opsoninbestimmung nötig sind, aufzählen. Wir können uns begnügen mit dem Hinweis, dafs ein jedes gut ausgerüstete bakteriologische Laboratorium alles enthält, was wesentlich und unentbehrlich ist. Mittels einiger kleiner Nebenapparate kann man das Verfahren leichter ausführbar gestalten, und diese werden bei der Besprechung der einzelnen Methoden noch beschrieben werden.

Die einzelnen Forscher befolgen in den Einzelheiten ihrer Untersuchungen etwas abweichende Methoden. Die hier dargelegten Vorschriften sind diejenigen, welche von den Verfassern selbst bei ihren Arbeiten befolgt werden. Manche Details wird man mit steigender Vertrautheit mit solchen Arbeiten wohl abändern und teils gleichwertige, teils schlechtere, teils bessere substituieren. Dem Anfänger möchten Verfasser jedenfalls raten, die hier gegebenen Anweisungen wenigstens in der ersten Zeit genau zu befolgen.

Zuerst werden wir die Methode der Bestimmung des Opsonin-Indexes für Tuberkel beschreiben. Nachher folgt eine Beschreibung der wenig zahlreichen Modifikationen, welche bei der Prüfung anderer Organismen empfehlenswert oder gar notwendig sind.

Methode der Bestimmung des Opsonin-Index des Blutes für Tuberkelbazillen.

Hierzu mufs man sich zunächst mehrere Kapillarpipetten anfertigen oder verschaffen. Dieselben können in der üblichen Weise hergestellt werden, indem man ein am Bunsenbrenner erhitztes Glasrohr lang auszieht. Ein Gasblasrohr dabei zu haben ist entschieden eine Erleichterung, aber kein absolutes Erfordernis. Ein Durchmesser von 0,5 cm gibt ein handliches Format für das Glasrohr, aber man tut gut, auch einige Pipetten von 1 cm Durchmesser sich zuzulegen.

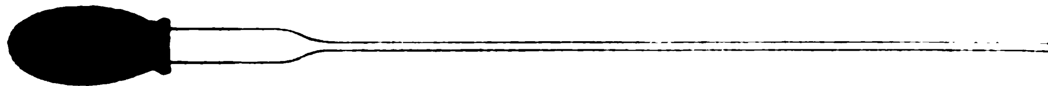
Man nehme ein Stück Glasrohr von 0,5 cm Durchmesser und erhitze es in der Bunsenflamme an einer Stelle etwa 5 cm vom Ende, indem man

es hin- und herrollt, um eine gleichmäſsige Erhitzung zu bewirken. Sobald das Rohr weich und dehnbar ist, entfernt man es von der Flamme und zieht es zu der in Fig. 5 angegebenen Form aus. Das Ausziehen soll fortgesetzt werden, bis der verengte Teil etwa 20 cm lang ist.



Fig. 5.

Der schmale Teil wird dann bei A und das unverändert gebliebene Stück bei B durchschnitten. Auf diese Weise erhält man zwei Pipetten. Von diesen besorgt man sich einen genügenden Vorrat. Was man nicht sogleich verwenden will, wird am dünnen Ende in der Flamme zugeschmolzen, und das weite Stück wird mit steriler Watte oder mit geschmolzenem Paraffin verschlossen. Die zum sofortigen Gebrauch bestimmten Pipetten erhalten Gummihütchen (Sauger) für das breite Ende (siehe Fig. 6).


Fig. 6.

Auſserdem macht man auch ein paar Pipetten von dem weiteren 1 cm im Durchmesser betragenden) Glasrohr, so daſs das enge Stück eine Kleinigkeit weiter ist als bei der ersten Sorte. Ferner muſs man von dem ½ cm dicken Glasrohr einige Röhrchen zum Blutauffangen anfertigen. Eine handliche und leicht herzustellende Form ist in Fig. 7 abgebildet.

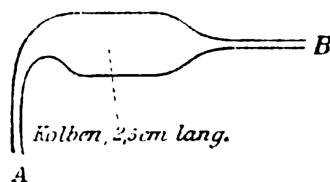


Fig. 7.


Fig. 8.

Einige kleinere Röhren von ungefähr 3—4 cm Länge sind (siehe Fig. 8) auch noch von dem dickeren Glasrohr anzufertigen. Sie werden an dem einen Ende zugeschmolzen. Ein kleiner Trog von glasiertem Steingut oder Glas oder auch ein Suppenteller wird mit feuchtem Sand angefüllt und mit einem Stück angefeuchtetes Flieſspapier bedeckt. Ferner braucht man etliche reine Uhrgläser.

Auſserdem reibt man mehrere Objektträger mit feinstem Schmirgelpapier ab, um die Oberfläche leicht zu scheuern und kratzen. Dieses Abkratzen der Oberfläche gestattet, die Serumschicht gleichmäſsig aus-

zubreiten, und man hat dann nicht nötig, die viel teureren polierten Objektträger zu kaufen oder jede geringste Spur von Fett an der Oberfläche zu entfernen. Wenn die Objektträger nicht gescheuert werden, mufs man sie in einer Lösung von Schwefelsäure und Bichromat kochen, was ein sehr viel mühsameres Verfahren ist und keine entsprechenden Vorteile bietet.

Wir gehen jetzt zu der Besprechung der Herstellung der vier wesentlichen Bestandteile dieser Untersuchungen über, nämlich:

1. Die Emulsion von Tuberkelbazillen.
2. Das Blutserum eines normalen Menschen.
3. Das Blutserum des Patienten resp. der Patienten.
4. Einige lebende serumfreie Leukocyten.

I. Die Herstellung der Tuberkelemulsion.

Man verschafft sich zunächst ein Quantum toter Tuberkelbazillen. Das auf dem Filter bei der Bereitung des alten Tuberkulins verbleibende Residuum ist brauchbar. Ein kleiner Brocken dieser Tuberkelmasse wird in einen kleinen Achatmörser gebracht und mit dem Achatstöfser gut verrieben, bis eine sehr glatte Paste bewirkt ist. Diese Prozedur mufs mit grofser Sorgfalt und Ausdauer durchgeführt werden. (Als Ersatz kann man so verfahren, dafs man einen Tropfen Kochsalzlösung [0,1 %], welchem eine minimale Menge einer feuchten Tuberkelkultur zugesetzt wird, auf eine Scheibe von Spiegelglas bringt. Ein zweites Stück Spiegelglas von etwa 1 Quadratzoll — 2½ cm im Geviert — Gröfse, welches mit einem Handgriff versehen ist, dient dazu, die Emulsion zu verteilen und auszubreiten, nicht aber zu zerdrücken, bis die Platte mit einem feinen Film überzogen ist! Dann wird die Emulsion mit der Pipette aufgenommen und 30 Sekunden lang bei geringer Geschwindigkeit zentrifugiert, um die zusammengeballten Bazillen zu sedimentieren.)[1] Nach dieser vorbereitenden Verreibung wird tropfenweise eine 0,1 %ige Lösung von NaCl zugesetzt, wobei jeder einzelne Tropfen mit der Bazillenpaste gut verrieben werden mufs, ehe man einen zweiten Tropfen zusetzt. Auf diese Weise erhält man eine milchige Flüssigkeit. Wenn man hiervon eine Probe in dünnster Verbreitung unterm Mikroskop betrachtet, wird man finden, dafs sie aus einzeln liegenden Bazillen nebst Klumpen[2] besteht. Wenn die vorbereitende Verreibung der Bazillenmasse vor dem Zusetzen der Salzlösung gut ausgeführt wird, ist die Zahl der Klumpen keine grofse, aber einige wenige werden sich immerhin noch vorfinden. Es müssen aber auch diese wenigen ebenfalls entfernt werden, denn es ist

[1] Diese Ersatzmethode ist neuerdings von Prof. G. Woodhead empfohlen worden.

[2] Diese bestehen aus Anhäufungen von zusammenhängenden Bazillen.

wesentlich, dafs die Bazillenemulsion aus isolierten Bazillen gebildet sei. Die Herstellung einer befriedigenden Emulsion ist eine der gröfsten Schwierigkeiten beim ganzen Prozefs. Um die Klumpen zu entfernen, wird die Emulsion mit einer reinen, sterilen Pipette aufgenommen und einige (drei bis zehn) Minuten lang zentrifugiert. Man prüft dabei das Röhrchen von Zeit zu Zeit. Eine erhebliche Menge Bazillen wird niedergeschlagen, und es bleibt dann eine opaleszierende Flüssigkeit zurück. Diese Flüssigkeit wird nun untersucht, und wenn darin nur isolierte Bazillen enthalten sind, wird sie in die kleinen Röhrchen (Fig. 8) mit der Pipette übergefüllt. Die bei der Füllung in den kleinen (1 cm im Durchmesser betragenden) Röhrchen zu erkennende Opaleszenz soll nur eine ganz unbedeutende sein. Wenn die Emulsion zu dick angesetzt ist, werden die Präparate sich schlecht zählen lassen, und das Ergebnis der Untersuchung wird höchst ungenau und somit von keinerlei Wert sein. Mit einiger Übung bekommt das geschulte Auge allmählich die Fähigkeit, die richtige Dichte der Emulsion leicht zu erkennen. Bis dahin mufs man Probepräparate mit normalem Serum nebst Leukocyten verwenden nach der weiter unten geschilderten Methode. Nach einer Inkubationszeit von 15 Minuten findet man in jedem polynukleären Leukocyten durchschnittlich drei, vier oder fünf (vorzugsweise vier) Bazillen; die Emulsion hat dann die richtige Dichte. Wenn man findet, dafs die Leukocyten eine gröfsere Anzahl aufgenommen haben, dann mufs entweder die Emulsion verdünnt werden, oder es mufs das Verhältnis zugunsten des Serums und der Leukocyten geändert werden. Manchmal ist, nachdem man eben lange genug zur Entfernung der Klumpen zentrifugiert hat, die Emulsion zu schwach, und das Probepräparat ergibt nur einen Bacillus oder noch weniger im Durchschnitt pro Zelle. In diesem Falle wird ein beträchtlicher Irrtum zweifellos entstehen, selbst wenn man eine sehr grofse Zahl von Zellen zählt. Es bleibt in solchem Falle nichts anderes übrig, als die Emulsion von neuem zu bereiten. Man zentrifugiert das Röhrchen, bis alle Bazillen abgeschieden und fest am Boden des Rohres zusammengedrängt sind. Die klare Flüssigkeit wird mit der Pipette abgehoben, und die Bazillenmasse wird wieder in den Achatmörser gebracht, gut verrieben, wieder verdünnt, zentrifugiert usw.

Die die Emulsion enthaltenden Röhrchen verschliefst man am besten mit geschmolzenem Paraffin, worauf sie in den Kälteschrank zum Aufbewahren weggelegt werden.

II. und III. Entnahme und Zubereitung des Blutes von Patienten und von gesunden Menschen.

Man tut gut, soweit möglich, regelmäfsig das gleiche Normalserum (Kontrollserum) zu verwenden. Gewöhnlich nehmen die Forscher hierzu

ihr eigenes Blut. Man benutzt dabei die oben (Fig. 7, S. 179) beschriebenen Röhrchen. Dieselben müssen mit einem Fettfarbstift durch ein Zeichen kenntlich gemacht sein. Wir zeichnen die Kontrolle mit einem roten Strich, ein Blaustrich ist das Zeichen für den Patienten A und ein gelber Strich für den Kranken B.

Regeln für die Gewinnung von Serum.

Das Ohrläppchen wird sterilisiert durch Abreiben mit einem lysolgetränkten Wattebausch. Man kann auch die Streckseite der Finger verwenden.

Nach Entfernung des Lysols mittels absoluten Alkohols wird das sterilisierte Gebiet mit steriler Watte abgetrocknet.

Mit einer sterilen Karlsbader Nadel sticht man das Ohr (oder den Finger) an und fängt das austretende Blut in folgender Weise auf:

Halte das gebogene Ende des Rohrs in den Blutstropfen, bis der Kolben wenigstens halb voll ist.

Glühe das obere Ende der Pipette leicht aus und verschliefse sogleich durch Zuschmelzen in der Bunsenflamme.

Nachdem dann das Blut aus dem gebogenen Ende entfernt ist, wird auch letzteres zugeschmolzen.

Das Blut gerinnt bald, und das Serum scheidet sich ab; anderenfalls kann man die Röhrchen mit Watte in die Zentrifuge einlegen und einige Minuten zentrifugieren. Die Untersuchung des Serums sollte binnen 24 Stunden nach der Entnahme vorgenommen werden.

IV. Entnahme und Abtrennung der lebenden menschlichen weifsen Blutkörperchen.

Wie bereits bemerkt wurde, kommt es nicht darauf an, von wem die Blutkörperchen entnommen werden. In der Praxis ist es angebracht, sie von demselben Individuum zu nehmen wie das Normalserum. Gewöhnlich kann man dieselbe Stichöffnung benutzen.

Methode: Eine gewöhnliche, sterilisierte Zentrifugenröhre wird zu zwei Dritteln mit einer Lösung von zitronensaurem Salz (0,75 % Natriumchlorid und 0,5 % Natrium citricum) angefüllt. Diese Lösung mufs mit frisch abgekochtem, destilliertem Wasser frisch bereitet sein. (Burroughs, Wellcome & Co. liefern kleine Tabletten, welche in 10 ccm destilliertem Wasser aufgelöst, die richtige Lösung ergeben.) Nachdem die Lösung bis auf etwa Körpertemperatur abgekühlt ist, hält man das Röhrchen unter das angestochene Ohr und läfst das Blut hineintröpfeln. Es genügen sieben bis acht Tropfen. Nach jedem Einfallen eines Bluttropfens mufs das Rohr geschüttelt werden.

Die Mischung von Blut und zitronensaurem Salz wird alsdann etwa sieben Minuten lang zentrifugiert. Man wird finden, dafs das Gemisch

dabei sich in drei Lagen absondert. Die unterste Lage ist von tiefroter Farbe und besteht aus roten Blutkörperchen. Darüber liegt eine dünne, zarte, graulich gefärbte Schicht, die von den weifsen Blutkörperchen gebildet wird. Zu oberst sieht man eine klare Flüssigkeit, entstanden aus der Vermischung des Blutserums mit der Lösung von zitronensaurem Salze. Wenn diese oberste Lage nach dem Zentrifugieren noch etwas Opaleszenz zeigt, so ist dies ein Zeichen, dafs einige Leukocyten noch nicht sedimentiert sind; man mufs das Röhrchen also wieder in die Zentrifuge einsetzen und dieselbe so lange wirken lassen, bis diese Schicht absolut klar ist.

Der nächste Schritt in der Bearbeitung erfordert sehr beträchtliche Aufmerksamkeit. Eine der Schwierigkeiten, denen der Anfänger manchmal

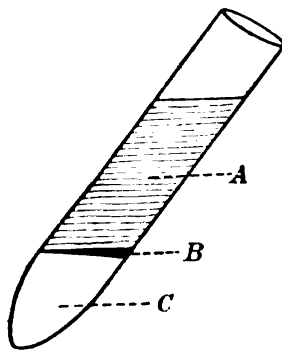


Fig. 9.
A: Klare Flüssigkeit.
B: Graue Schichte, etwas dicker als in der Wirklichkeit dargestellt.
C: Rote Schichte.

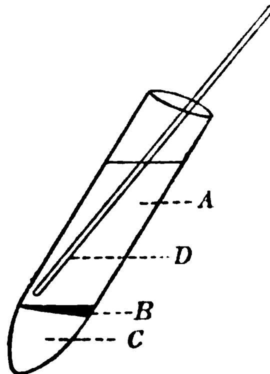


Fig. 10.
A: Klare Schichte.
B: Graue Schichte.
C: Rote Schichte.
D: Pipettenspitze.

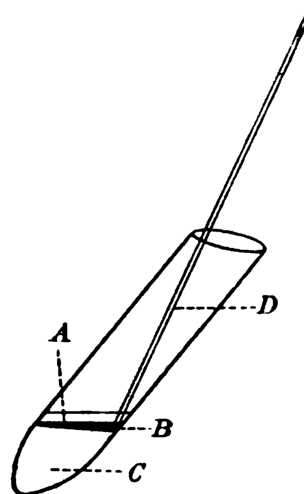


Fig. 11.
A: Überrest der klaren Schichte.
B: Graue Schichte.
C: Rote Schichte.
D: Pipettenspitze.

begegnet, ist die Beschaffung genügend vieler Leukocyten in den Präparaten. Diese Schwierigkeit wird sich vermeiden lassen, wenn man die folgenden Regeln genau befolgt.

Ein anderes Zentrifugenrohr wird zu zwei Dritteln mit einer 0,1%igen Lösung von NaCl angefüllt und im Reagensglasgestell weggestellt. Dann nimmt man eine der gröfseren Pipetten mit dem aufgesetzten Gummihütchen in die rechte Hand und das zentrifugierte Röhrchen mit Blut und Zitratsalz in die linke, wobei letzteres ein wenig geneigt wird. In Fig. 9 ist die Anordnung der drei Schichten diagrammatisch dargestellt.

Das graue Häutchen hat die Neigung, an dem roten Konglomerat hinabzugleiten und sich im Grunde des Gefäfses anzusammeln. Nun führt man unter leichter Kompression des Gummihütchens die Pipette ein, bis

ihre Spitze in der klaren Flüssigkeit gerade oberhalb der Leukocytenschicht gegen die obere Wand des Rohrs gerichtet steht (siehe Fig. 10).

Man läſst mit dem Druck auf das Gummihütchen langsam und allmählich nach, bis die klare Flüssigkeit in die Pipette aufsteigt. Bei genügender Vorsicht gelingt es, fast die gesamte klare Flüssigkeit aufzunehmen, ohne weder die graue noch die rote Schicht zu stören. Die Pipette wird dann herausgezogen, und die klare Flüssigkeit wird entleert und weggeworfen, wobei man das Zentrifugenröhrchen vollkommen unbeweglich in der linken Hand während der ganzen Zeit festhält. Die Gummikappe der geleerten Pipette wird nunmehr wiederum ein klein wenig komprimiert, und die Pipette wird wieder in das Zentrifugenröhrchen eingeführt; diesmal aber wird die Spitze der Pipette gegen die untere Wand des Rohrs gerichtet (siehe Fig. 11).

Der Rest der klaren Flüssigkeit und die graue Schicht werden dann in die Pipette aufgesogen; dann wird die Spitze der Pipette über die Oberfläche des roten Sediments hinwegbewegt und dadurch die oberste Partie desselben mit aufgenommen, bis etwa ein Sechstel der roten Masse sich in der Pipette befindet. Dann zieht man letztere heraus und entleert den Inhalt in das bereitgestellte Zentrifugenröhrchen mit der 0,1 %igen NaCl-Lösung. Den Rest der roten Masse im ersten Röhrchen kann man dann wegwerfen. Das andere Röhrchen mit der Leukocytenmischung wird gut durchgeschüttelt und wiederum zentrifugiert, bis die rote, die graue und die klare Schicht wieder abgesondert sind. Die klare Flüssigkeit wird abgehoben und fortgeworfen, genau wie vorher. Die graue Schicht der Leukocyten und ein kleines Quantum der Oberfläche der roten Lage werden wieder wie vorher mit der Pipette aufgenommen. Dies entleert man dann in ein kleines Uhrglas, bedeckt letzteres mit einem anderen Glase und legt die Leukocytenpipette daneben. Dann ist alles soweit vorbereitet.

Der nächste Schritt in der Untersuchung ist der, daſs man eine Reihe kleinerer Pipetten mit aufgesetzter Gummikappe hernimmt. Man braucht ein Stück für das Kontrollpräparat und eines je für das Serum eines jeden der zu untersuchenden Patienten. Mit einem Farbstift wird am weiten Teil der Pipette ein Strich gemacht, entsprechend den Zeichen, welche man an den die verschiedenen Blutsera enthaltenden Röhrchen gemacht hat. Dann legt man abgekratzte Objektträger auf den Tisch und bezeichnet sie in der gleichen Weise. Dem Anfänger ist zu raten, für jedes Präparat zwei Objektträger bereitzustellen, später wird man bloſs einen nötig haben.

Nunmehr wird ein kleines Quantum der Bakterienemulsion mit einer reinen Pipette aufgenommen, in ein Uhrglas entleert und zugedeckt. Die benutzte Pipette wird neben das Uhrglas gelegt. Sodann wird das ab-

gebogene Ende der das Serum enthaltenden Röhrchen mit einer Feile angeritzt und abgebrochen; die so geöffneten Röhrchen steckt man in den Sandtrog, bis man sie braucht. Jede Pipette wird dann an einer Stelle, etwa 1 cm vom Ende, mit dem Fettstift gezeichnet. Die Leukocytenmischung in den bedeckten Uhrschälchen mufs dann gut vermischt werden, was man durch zwei- bis dreimaliges Aufsaugen in die Pipette und Wiederentleeren ins Glas bewerkstelligt. Mit der Bazillenemulsion in dem Uhrglas wird in genau der gleichen Weise verfahren. Bei dieser Prozedur mufs man sich in acht nehmen, dafs keine Luft in die Emulsion hineingerät, was ein Schaumigwerden bewirken würde.

Dann nimmt man eine Pipette, komprimiert leicht den Gummisauger, taucht die Spitze in die Leukocytenmischung und läfst diese letztere bis zum Farbstiftstrich an der Pipette aufsteigen, worauf man die Pipette aus der Mischung herauszieht und eine Luftblase in dieselbe eintreten läfst. Dann taucht man wiederum die Pipette in die Leukocytenmischung und zieht ein zweites Quantum derselben bis zu der angestrichenen Marke ein. Darauf folgt wieder das Herausheben und Eintretenlassen einer zweiten Luftblase. Dann taucht man die Pipette in das Uhrschälchen mit der Bakterienemulsion und zieht dieselbe bis an die Marke auf, hebt heraus und läfst eine Luftblase eintreten. Die Pipettenspitze kommt alsdann ins geöffnete Ende der Serumröhre und wird in das klare Serum eingetaucht, wobei man sich wohl hütet, das Gerinnsel zu berühren. Ein bestimmtes Quantum Serum wird aufgesogen, bis das Merkzeichen erreicht ist; dann entfernt man die Pipette aus dem Röhrchen, läfst eine Luftblase eintreten und taucht wieder ein, bis das entsprechende Quantum wieder aufgestiegen ist. Darauf nimmt man die Pipette wieder heraus und läfst ein wenig Luft wieder zutreten. An dem Diagramm Fig. 12 erkennt man das nunmehrige Aussehen der Pipette.

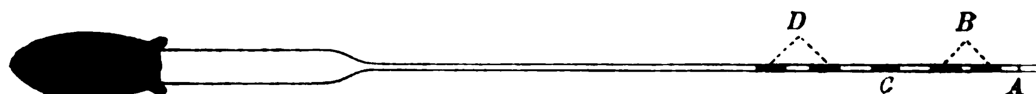


Fig. 12.

A: Fettstiftstrich.
B: 2 Volumina Serum.
C: 1 Volumen Bakterienemulsion.
D: 2 Volumina Leukocytenemulsion.

Diese fünf Volumina läfst man nun bis in den Pipettenhals mit einiger Geschwindigkeit auf- und niedersteigen, indem man abwechselnd einen Druck auf das Gummihütchen ausübt, um sie einigermafsen zu vermischen, worauf man sie zur weiteren Vermengung in ein reines Uhrglas austreibt und dann wieder in die Pipette einzieht. Dies wiederholt man zwei- bis dreimal. Die so vermischten Flüssigkeiten werden bis in den

Pipettenhals hinaufgezogen und die Spitze wird in der Bunsenflamme verlötet. Dann kommt die Pipette in den Thermostat. Man notiert sich sofort genau die Zeit, wann dies geschehen ist.

Ähnliche Mischungen mit einer jeden der anderen Serumproben werden der Reihe nach hergerichtet, wobei man darauf bedacht sein mufs, dafs in jeder Pipette genau die gleiche Anzahl von Volumeinheiten enthalten ist. Jede einzelne Pipette wird genau gleich lange in der Brutwärme belassen. Es empfiehlt sich, zur Aufzeichnung der Inkubationsdauer nach dem unten angegebenen Schema zu verfahren.

	Zeitpunkt des Einsetzens in den Brutschrank	Zeitpunkt der Entnahme aus dem Brutschrank
Pipette mit rotem Strich (Kontrolle)	2.05 Nm.	2.20 Nm.
„ „ blauem „ (Patient A)	2.07 „	2.22 „
„ „ gelbem „ („ B)	2.10 „	2.25 „

Nach Verlauf von 15 Minuten wird eine jede Pipette aus dem Brutschrank herausgenommen. Man entleert den Inhalt auf einen oder mehrere Objektträger und breitet ihn gleichmäfsig aus. Der so entstehende Film soll nicht bis an den Rand des Objektträgers heranreichen. Gerade in der Peripherie desselben findet man die meisten Leukocyten. Alle Präparate sollen in möglichst gleicher Dicke ausgebreitet sein; der Ausstrich soll überall, soweit möglich, gleichmäfsig dick sein. Dieser Teil der Untersuchung, die Entnahme aus dem Brutschrank und das Ausbreiten der Mischung, soll möglichst schnell vollzogen werden. Den Ausstrich läfst man an der Luft trocken werden. Nach dem Trocknen wird fixiert, indem man eine gesättigte Lösung von $HgCl_2$ übergiefst und etwa eine Minute darauf beläfst. Auch dabei mufs die Zeitdauer für jedes einzelne Präparat die gleiche sein. Dann wäscht man in fliefsendem Wasser zwei bis drei Minuten lang ab und läfst lufttrocken werden. Das Färben wird nach folgender Vorschrift vollzogen:

1. Heifse Karbol-Fuchsinlösung, fünf Minuten.
2. Wieder heifse Karbol-Fuchsinlösung, fünf Minuten.
3. Gut abwaschen.
4. H_2SO_4, 2 %ig, etwa eine halbe Minute.
5. Gut abwaschen.
6. 80 %iger Alkohol, fast bis zur Entfärbung.
7. Gut abwaschen.
8. Verdünnte LÖFFLERsche Blaulösung (mit Wasser aa), etwa eine Minute.
9. Abwaschen.
10. Das nasse Präparat wird mit 1/6 Objektiv betrachtet, um festzustellen, ob die Kerne der Leukocyten deutlich, aber nicht zu

intensiv gefärbt sind und die Konturen des Protoplasmas sich erkennen lassen.

11. Trocknen.

Man muſs recht viel Sorgfalt darauf verwenden, daſs beim Färben die sämtlichen einzelnen Maſsnahmen bei allen Präparaten genau gleichmäſsig ausgeführt werden.

Der eine der Verfasser (Dr. Bushnell) findet es vorteilhaft, mit einer 2%igen Essigsäurelösung vor dem Färben zu waschen. Man erhält dadurch deutlichere Bilder, aber es ist dann schwieriger, den Grad der durch die Schwefelsäure und den Alkohol bedingten Entfärbung abzuschätzen. Wenn der Ausstrich nicht zu dick gemacht wird, kann man auch ohne die Essigsäure ebenso genaue Zählungen erzielen.

Das Zählen wird folgendermaſsen vorgenommen: Man untersucht mit Cedernöl und einer $^1/_{12}$-Ölimmersionlinse. Eine apochromatische Linse ist zwar Luxus, aber doch sehr wünschenswert dabei. Man verwendet Okular Nr. IV. Eine Platte mit Mechanik ist kaum zu entbehren.

Jedes polynukleäre weiſse Blutkörperchen soll gezählt werden, einerlei ob es Bazillen enthält oder nicht. Eine Ausnahme muſs man machen, wenn infolge eines Fehlers in der Emulsionierung Bazillenklumpen in den Leukocyten angetroffen werden; solche klumpenhaltigen Zellen müssen nicht mitgezählt werden. Es empfiehlt sich, Leukocyten von verschiedenen Teilen des Präparates zu zählen. Wenn die Zahl der auf jedes weiſse Blutkörperchen entfallenden Bazillen ziemlich konstant ist, kann man richtige Resultate erhalten, indem man 60 Zellen zählt; zeigt aber die Zahl der Bazillen irgendwie erhebliche Schwankungen, dann müssen mindestens 100 Zellen genommen werden. Sehr lange Bazillen werden entweder als einer oder als zwei gezählt nach Gutdünken des Untersuchers; nur ist es unerläſslich, daſs die gleiche Art zu zählen sowohl bei der Kontrolle wie bei den Patienten befolgt wird; aus diesem Grunde ist es auch durchaus notwendig, daſs bei den Präparaten von der Kontrollperson und von den Patienten die Zählung nicht von versehiedenen Untersuchern ausgeführt wird.

Die folgenden Tabellen stellen ein Paradigma dar für eine zweckmäſsige Art und Weise zur Aufzeichnung der Zahlen und zur Berechnung des Opsonin-Indexes.

Rotstrich, Kontrolle.

Anzahl der Bazillen in jedem polynukleären Leukocyten	3	3	4	0	2	3	7	3	4	4	5	0	2	5	2	3	4	3	4	7
	2	5	4	3	1	2	4	3	3	4	4	6	4	5	3	3	2	0	4	2
	5	4	1	2	6	0	2	3	4	4	1	4	3	1	4	4	4	1	0	3
	1	2	0	5	4	1	3	4	4	2	2	4	3	1	4	1	5	0	3	4
	2	4	3	5	7	4	2	2	0	4	1	4	3	2	3	4	4	5	3	4
Summa	13	18	12	15	20	10	18	15	15	18	13	18	15	14	16	15	19	9	14	20

Es sind also in 100 Leukocyten 308 Bazillen enthalten.

Blaustrich, Patient A.

Anzahl der Bazillen in jedem polynukleären Leukocyten	2	0	0	3	0	1	2	2	2	4	2	2	2	3	2	4	0	2	2	1
	1	4	1	2	2	1	2	2	2	0	3	1	0	1	3	3	2	1	3	4
	2	0	0	1	5	2	0	3	3	2	3	3	3	1	2	2	1	1	3	0
	1	1	2	4	2	0	0	3	2	3	3	2	2	2	2	2	5	2	2	2
	0	0	3	1	2	2	4	0	1	1	2	1	2	1	4	1	3	0	2	2
Summa	6	5	6	11	11	6	8	10	10	10	13	9	9	8	13	12	11	6	12	9

Also enthalten 100 polynukleäre Leukocyten 185 Bazillen.

Gelbstrich, Patient B.

Anzahl der Bazillen in jedem polynukleären Leukocyten	4	4	7	6	4	6	5	3	10	6	2	2	3	6	2	3	8	3	7	4
	6	7	2	6	4	3	5	4	4	5	7	5	2	3	5	6	2	2	4	6
	4	3	2	8	5	4	5	5	3	3	6	7	1	3	7	4	3	4	8	3
	5	2	4	2	4	6	4	6	4	2	3	3	3	4	8	3	3	6	3	3
	4	1	1	2	2	4	3	2	4	4	4	9	1	4	6	4	4	4	6	6
Summa	23	17	16	19	19	23	22	20	25	20	22	26	10	20	23	20	20	19	28	22

Somit haben wir hier 414 Bazillen in 100 polynukleären Leukocyten.

Es fanden sich:

beim Normalserum des Kontrollpatienten in 100 Zellen 308 Bazillen

„ Patienten A .... „ 100 „ 185 „

„ „ B .... „ 100 „ 414 „

Demnach ergibt sich:

für Patient A $\frac{185}{308} = 0{,}60$ als Opsonin-Index für Tuberkelbazillen

„ „ B $\frac{414}{308} = 1{,}34$ „ „ „ „ „

Einige häufigere Fehlerquellen.

Die Bakterien-Emulsion. Klumpen. Eine zu dicke Emulsion, eine zu schwache Emulsion. Man hat die Emulsion sedimentieren lassen während der Anfertigung des Präparates von der Kontrollperson und desjenigen vom Patienten, und infolgedessen erhält man in dem einen Präparat mehr Bazillen als in dem anderen. Die Schwefelsäure mag zu konzentriert gewesen sein oder zu lange eingewirkt haben, so daſs einige der stärker entfärbten Bazillen übersehen wurden.

Leukocyten. Sie mögen im Uhrgläschen nicht ordentlich gemischt worden sein und infolgedessen bei der einen Entnahme sich sehr viele, bei der anderen sehr wenige in der Pipette vorfinden. Die Färbung mit Methylenblau kann zu stark ausfallen, wodurch die auf oder unter dem Kerne gelegenen Bazillen unsichtbar werden. Eine zu schwache Blaufärbung bewirkt, daſs die Konturen des Protoplasmas undeutlich bleiben und man infolgedessen die in der Nähe, aber auſserhalb der Zellen gelegenen Bazillen als eingeschlossen mitzählt.

Serum. Zu großer Zeitunterschied der Entnahme des Patienten- und des Kontrollserums.

Andere technische Defekte.

Der Ausstrich zu dick geraten. Die Bakterien, welche zufällig auf oder unter den Leukocyten liegen, werden dann leicht als aufgenommen gezählt. Eine zu große Menge von roten Blutkörperchen erschwert die genaue Besichtigung des Präparates.

Der Forscher mag voreingenommen sein, so daß das Zählen unbewußt nach der einen oder der anderen Richtung beeinflußt wird, wenn die Zahl der eingeschlossenen Bazillen zweifelhaft ist.

Beim Zählen von Kokken können manche derselben, welche in einer anderen Ebene der Leukocyten als die übrigen gelegen sind, leicht für Körnchen gehalten werden.

Fehler während der Inkubationszeit. Abkühlung des Brutschranks durch Offenbleiben der Tür nach Herausnehmen des ersten Präparates.

Physiologische Fehlerquellen.

Sehr stark virulente Organismen werden von den Leukocyten weniger affiziert als die minder virulenten. Es kann vorkommen, daß etliche der aufgenommenen nicht virulenten Organismen in den Leukocyten eine bakteriolytische Umwandlung erfahren und auf diese Weise der Zählung entgehen, wodurch ein niedrigerer Opsonin-Index sich ergibt. Ferner ist es möglich, daß die in einer Emulsion vorhandenen Bakterien Verschiedenheiten aufweisen in bezug auf die Art der Beeinflussung durch die Bakteriolysine, und daß der Patient ein Serum hat, welches einen stärkeren Gehalt an Bakteriolysin-Komplement als normal besitzt; demgemäß wäre der Faktor der Bakteriolysine neben den Opsoninen bei der Aufstellung des Opsonin-Indexes in die Berechnung mit einbezogen. Auch der Konzentrationsgrad des Serums bildet eine Quelle des Irrtums. C. E. Simons Methode bei der Technik der Verdünnung gibt hierzu die nötige Aufklärung. Wir lassen sie hiermit folgen.

Technik von C. E. Simon (Verdünnungsmethode).

Simon machte kürzlich die Angabe, daß seiner Erfahrung nach die bloße Bestimmung der Anzahl der von den Leukocyten aufgenommenen Organismen keinen adäquaten Begriff von den vorhandenen Opsoninen liefert. So kann man sich vorstellen, daß bei einem gegebenen Fall unter Verwendung eines konzentrierten Serums man den Eindruck haben kann, falls man es nur mit einer bestimmten, beschränkten Zahl von Organismen zu tun hat, daß ein vollständig normales und ausreichendes Quantum Opsonine vorhanden sei, während diese doch durchaus unzureichend sein

würden, sobald es sich um eine gröfsere Zahl von Bakterien handelt. Diese Unzulänglichkeit wird sofort in die Erscheinung treten, wenn man das Serum verdünnt, indem dann bald eine Erschöpfung der phagocytären Leistungsfähigkeit hervortritt. SIMON findet, dafs bei anscheinend gesunden Menschen eine im konzentrierten Serum vorhandene gute phagocytäre Kraft eine Abnahme zeigen kann in direktem Verhältnis mit dem Grade der Verdünnung, während andererseits auch die Möglichkeit eines schnellen Verbrauches nicht ausgeschlossen ist. Unter diesen Umständen ist man nicht berechtigt, den opsonischen Inhalt beider Mischungen für identisch zu erachten. Ferner meint SIMON, dafs durch das Verdünnen des Serums die Chancen für eine Überfüllung der Leukocyten mit Mikroorganismen und die intracelluläre Auflösung (Bakteriolysis) erheblich vermindert werden, was auch zur Erzielung eines genaueren Resultates beiträgt.

Methode. „Mit Menschenblut stellt man drei Verdünnungen in der Stärke von 1 : 20, von 1 : 30 und von 1 : 40 her. Diese Verdünnungen sind unschwer zu bewirken, wenn man sich der THOMA-ZEISSschen Pipette, welche sonst zum Zählen der weifsen Blutkörperchen gebraucht wird, bedient. Für gewöhnlich verwenden wir von dem verdünnten Serum ein Quantum, welches 18 Teilstrichen der Pipette entspricht. Demgemäfs nehmen wir für die Lösung 1 : 30 an der Pipette zwölf Teilstriche der 1 : 20 starken Mischung und setzen sechs Striche der Salzlösung zu; zur Herstellung der Verdünnung 1 : 40 nimmt man neun von der Mischung 1 : 20 und neun der Salzlösung. Die so bereiteten Präparate werden dann mit einer kleinen Menge der zu untersuchenden Organismen inokuliert ..... Schliefslich erhält jedes Röhrchen einen konstanten Zusatz von Blutkörperchen, welcher die Hälfte des Volumens von verdünntem Serum entspricht. Dann werden die Präparate geschüttelt, bei 37—40° C in dem Warmschrank 30 Minuten belassen, worauf man einzelne Tropfen auf die Objektträger bringt, in der üblichen Weise trocknet und färbt. Man bestimmt die Prozentzahl der phagocytären Zellen, indem man der Reihe nach 50 Zellen zählt. Das Resultat wird folgendermafsen ausgedrückt:

1 : 20 .... 100% +
1 : 30 .... 92% +
1 : 40 .... 64% + ."

Diese SIMONsche Modifikation der Untersuchungsmethode mag wohl eine genauere Schätzung des Opsonisierungsvermögens ergeben, sie bedeutet aber eine erhebliche Komplikation des Verfahrens, das an sich schon recht umständlich ist für die praktische klinische Anwendung.

Zum Schlufs dürfte es sich noch empfehlen, über die Färbemethode, mit welcher Verfasser die besten Resultate bei der Bestimmung des Opsonin-Indexes für Staphylokokken, Streptokokken, Bacillus Coli usw. erzielt haben, einige Angaben zu machen. Die einzelnen vorherigen

Schritte bis zum Färben sind die gleichen wie beim Tuberkelbacillus. Man gewinnt die Emulsion meistens durch Abheben der Oberflächenkultur von einer Agarkolonie und Verreiben in einem Achatmörser, wie dies beim Tuberkelbacillus beschrieben wurde. Man färbt den dünnen Ausstrich auf dem Objektträger mit Karbol-Methylenblau fünf bis zehn Minuten, wäscht gut mit Wasser ab und läfst an der Luft trocknen. Es ist keine Differenzierung oder Fixierung der Flüssigkeit nötig.

(Übersetzt von PHILIPPI-Bad Salzschlirf.)

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

In der Sitzung vom 14. Januar fand eine Trauerfeier für den verstobenen Gründer der Gesellschaft, Herrn Prof. LASSAR, statt. Die Gedenkreden hielten die Herren Prof. LESSER, ROSENTHAL und TH. MEYER.

In der Sitzung vom 28. Januar demonstrierte SKLAREK einen Mann, auf dessen Bauchhaut sich **25 syphilitische Primäraffekte** befanden. 2. HELLER hielt einen Vortrag über die vergleichende **Pathologie der Alopecien**, dessen Diskussion vertagt wurde. 3. SIEGMUND hielt einen Vortrag über den Zusammenhang der HEADschen Felder mit dem Zoster und über die **Beseitigung des Zosterschmerzes** durch Behandlung der Schwellkörper der Nase nach FLIESS. Die Erfolge sollen momentan eintreten und andauern.

Diskussion: HELLER und BLASCHKO teilen unter vorsichtiger Beurteilung aller Umstände ihre Ansicht über die beschriebene Behandlungsmethode und Pathogenese des Zoster mit. PINKUS hat in einem Falle von mehr als einjähriger Neuralgie nach Zoster intercostalis ein völliges Aufhören des Schmerzes am Rücken erhalten, nachdem er die Nasenschleimhaut kokainisiert hatte. Die Brust blieb so hyperästhetisch wie vorher. SIEGMUND erbietet sich bereitwilligst zur Demonstration seiner Methode.

Biologische Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg.[1]

Sitzung vom 22. Oktober 1907.

DEYCKE: **Prinzipien und Grundlagen meiner spezifischen Lepratherapie mit Ausblicken auf das Tuberkuloseproblem.**

D. bespricht zunächst die systematische Stellung und Bedeutung der von ihm und RESCHAD BEY gefundenen Streptothrix leproides. Er hält diesen Mikroorganismus

---

[1] Ende vorigen Jahres fand in der biologischen Abteilung des Hamburger ärztlichen Vereins eine Diskussion über die Heilung der Lepra statt. Bei der Wichtigkeit und dem zeitgemäfsen Interesse des Themas glaubt die Redaktion, die Diskussion möglichst ausführlich wiedergeben zu müssen; wir benutzen zu diesem Zwecke zum Teil die Wiedergabe in der *„Münch. med. Wochenschr."* (1907. Nr. 48), da diese meist aus Autoreferaten besteht und die Gedanken der Vortragenden am richtigsten zum Ausdruck bringen dürfte.

für sicher nicht identisch mit den echten Lepraerregern, glaubt aber an die freilich stricto sensu nicht zu beweisende Möglichkeit eines genetischen Zusammenhanges. Zu dieser Ansicht veranlassen ihn die Art und Weise der Züchtung und die eigenartigen günstigen Beeinflussungen des leprösen Prozesses, welche mit Injektionen der Streptothrix leproides an Leprakranken beobachtet wurden. Diese Beobachtungen gaben Anlaſs zur chemischen Bearbeitung und Zerlegung von Massenkulturen der Streptothricheen auf Milch. Als Resultat wurde nach langwierigen Bemühungen durch ein eigenes Verfahren ein eigenartiger Fettkörper isoliert, der sich als der alleinige Träger der aktiven Eigenschaften der Streptothrixkulturen herausstellte. Dieser Fettkörper, das Nastin genannt, chemisch ein echtes, kristallisierbares Neutralfett, entfaltet seine Wirksamkeit bei Leprakranken durchweg auf dem Wege von Reaktionen, die sich in entzündlichen Erscheinungen am leprösen Gewebe mit ausgedehnter Bakteriolyse der Leprabazillen dokumentierten. Da einerseits diese entzündlichen Vorgänge sich unter starker Beteiligung von Leukocyten abspielten, da andererseits Leprafälle mit ausgesprochener Leukopenie sich dem Nastin gegenüber als refraktär erwiesen, dagegen solche mit bestehender Leukocytose auffallend leicht und intensiv reagierten, so ergab es sich von selbst, daſs das Augenmerk auf das Verhalten der Leukocyten gerichtet wurde. Künstliche Leukocytosen, erzielt mit intravenösen Injektionen von Hetol (zimtsaurem Natron), verliefen zunächst resultatlos. Wurde aber auf der Höhe der Leukocytose Nastin injiziert, und zwar bei solchen Patienten, die sonst überhaupt nicht auf Nastin reagierten, so wurden sehr stürmische Reaktionen und Bakteriolysen hervorgerufen. Die Überlegung, daſs die künstliche Leukocytose nur der Ausdruck einer chemischen Verarbeitung des leukotaktischen Mittels, i. e. der Zimtsäure, durch die Leukocyten ist, führte darauf, die weiteren Schicksale der Zimtsäure im Körper zu verfolgen. Sie wird als Hippursäure ausgeschieden, also im Gewebe zunächst in Benzoesäure oxydiert. Die Benzoesäure erwies sich in vivo als unwirksam, dagegen aktivierte das intermediäre Oxydationsprodukt der Zimtsäure, der Benzaldehyd (C_6H_5—CO H) das Nastin in deutlicher Weise, aber in nicht stärkerem Grade als die Zimtsäure selber. Nebenbei erwies sich der Benzaldehyd als der erste chemische Körper, der imstande ist, freilich nur bei hoher Temperatur, Tuberkelbazillen in vitro in kurzer Zeit so völlig zu entfetten, daſs sie ihre Säurefestigkeit verlieren, während das mit den gewöhnlichen Fettextraktionsmitteln kaum oder nur äuſserst schwer gelingt. Unter diesen Umständen lag es nahe, daſs das wirksame Prinzip in der Zimtsäure resp. im Benzaldehyd das im Moment der Abspaltung freiwerdende Benzoylradikal (C_6H_5CO) ist, eine Atomgruppe, die ja auch sonst physiologisch (z. B. in Kokain) eine wichtige Rolle spielt. In der Tat zeigte sich, daſs derjenige bekannte Körper, der am leichtesten diese Gruppe abspaltet, das Benzoylchlorid, in vitro Tuberkelbazillen momentan und völlig entfettet. Weitere ausgedehnte Versuche an leprakranken Menschen mit einem Gemisch von Nastin und Benzoylchlorid in obiger Lösung zeigten nun, daſs diese Kombination die Nastintherapie mit einem Schlage auf eine gesicherte Basis stellte, so zwar, daſs bei geeignetem Mischungsverhältnis der beiden Substanzen die bakteriolytischen Prozesse an den Lepraerregern sich ohne jede reaktionelle Beteiligung des Körpers abspielen. Da dadurch die Gefahren der Nastinreaktionen ausgeschaltet werden, so steht Vortragender nicht mehr an, seine Lepratherapie in ihrer jetzigen kombinierten Form der allgemeinen Anwendung zu empfehlen. Das hervorstechendste Moment dieser Behandlungsmethode besteht darin, daſs im allgemeinen der lepröse Prozeſs zum Stillstand kommt und daſs in vielen Fällen auch die Beseitigung der Symptome gewährleistet wird, obwohl diese nicht allein von der Bakteriolyse der Leprabazillen, sondern auch von manchen anderen Faktoren abhängig ist. Da Benzoylchlorid allein bei Leprakranken im spezifischen

Sinne unwirksam ist, so fafst Vortragender theoretisch die ganzen Vorgänge so auf, dafs er das Nastin für den Immunkörper hält, das Benzoyl aber für das eigentlich wirksame Prinzip. Letzteres mufs aber durch den Immunkörper vor vorzeitigem Aufbrauch geschützt werden und bedarf gewissermafsen dessen Führung, um an die Leprabazillen heranzukommen und dort seine im Sinne der Entfettung eingeleitete Wirkung zu entfalten.

Interessant und erwähnenswert sind noch die quantitativen Beziehungen zwischen Nastin und Benzoylchlorid. Lösungen, welche Nastin im Überschufs enthalten, können noch starke Reaktionen machen, die bei Lepra nervorum, wo der entzündlich reagierende Herd sich im Nervensystem findet, in Form trophischer Störungen der Haut an die Peripherie projiziert werden. Lösungen dagegen, die Benzoyl im Überschufs enthalten, lassen die Reaktionen, wie gesagt, vermissen und bringen unter Umständen bei Lepra nervorum selbst ausgedehnte Anästhesien zum völligen Schwinden.

Die Übertragung ähnlicher Prinzipien auf die Tuberkulose lag von vornherein sehr nahe. Durch eigene Methoden ist es Vortragenden gelungen, aus Tuberkelbazillen einen Fettkörper zu isolieren, der sowohl chemisch als auch biologisch (Wirkung auf Leprakranke) mit dem Nastin identisch zu sein scheint. Bei Tieren läfst sich durch Nastininjektionen ein gewisser Grad von Immunität gegen Tuberkulose erzielen, der abhängig ist von der Toxizität der Tuberkelbazillenstämme. Beim Menschen sind reine Nastin- und hoch konzentrierte Benzoylnastinlösungen trotz deutlich nachweisbarer bakteriolytischer Wirkung, wahrscheinlich wegen des Freiwerdens der starken Endotoxine, eher schädlich als nützlich. Dagegen sind mit schwächeren Benzoylnastinlösungen bei Lupusfällen schon jetzt sehr beachtenswerte Resultate erzielt und selbst bei schweren anderen Tuberkuloseformen haben sich derartige Lösungen mindestens als durchaus unschädlich erwiesen.

Diskussion: Unna: Mit Deyke stimme ich darin vollkommen überein, dafs ich das ziemlich allgemein verbreitete Vorurteil, die Lepra sei unheilbar, nicht teile, und der soeben gehörte Vortrag hat mich noch mehr in dieser seit 22 Jahren von mir verfochtenen Ansicht bestärkt. Denn er zeigt wieder einmal deutlich, dafs man auf sehr verschiedenen Wegen der Lepra beikommen kann. Dafs aber die Methode von D. so ganz aus dem Rahmen des bisher auf diesem Gebiete geleisteten herausfalle, wie es die Ansicht vieler Kollegen zu sein scheint, das leuchtet mir doch nicht recht ein.

D. benutzt zu seinen Injektionen ein Pflanzenfett, und zwar eine leprafremde Substanz, wie wir andern bei früheren Injektionen auch. Es ist nicht wie beim Tuberkulin der Bazillus selbst, der das Heilmittel liefert. D. nimmt nur eine Verwandschaft seines Streptothrix mit dem Leprabazillus an. Ich möchte diese Möglichkeit ruhig beiseite lassen, da sie nur ein störender Faktor bei der objektiven Beurteilung der Methode ist, indem sie dieselbe mit einem Nimbus von Ausschliefslichkeit und besonderer Rationalität bekleidet. Wir haben eine solche Beziehung zum Leprabazillus gar nicht nötig. Immunisieren wir doch mit Vaccine gegen Variola, brauchen Hefeprodukte gegen den Eiterkokkus und wissen andererseits, dafs alle Tuberkuline, trotzdem sie vom Tuberkelbazillus stammen, deshalb noch keine ausreichenden Heilmittel gegen Tuberkulose sind. Auch wenn D. den Streptothrix ganz anderswo gefunden hätte, würde uns das Nastin im Kampfe gegen die Lepra willkommen sein, vorausgesetzt, dafs es wirklich die Lepra zu heilen im stande ist. Sehen wir also zu, wie weit nach den bis heute von D. mitgeteilten Erfahrungen von einer Heilung der Lepra gesprochen werden kann. Zunächst zu der praktischen Seite der Frage.

Ich habe seit 1891 vier Injektionsperioden erlebt: Kochs Tuberkulin, Hebras Thiosinamin, Fleischsaft nach eigener Methode, Serum von Carrasquilla. Alle diese

Methoden kamen darin überein, dafs sie auf die begleitenden Zirkulationsstörungen der Haut einen starken, auf den eigentlichen Bazilleninfarkt einen sehr geringen, wenn auch wahrnehmbaren Einflufs übten. Nun sind es aber diese Schwellungen und Ödeme, welche hauptsächlich das abschreckende, häfsliche Aussehen der Leprösen bedingen. Nach Abklingen des Reaktionsfiebers sehen die Patienten daher regelmäfsig viel frischer aus und fühlen sich besser; die Stockung und Lähmung der Zirkulation um die Lepraherde herum ist förmlich wie durch eine Explosion gesprengt. Das sind die Momente, die jeder Arzt, der sie zuerst erlebt, für gewaltige Besserungen, für den Beginn der Heilung betrachtet und es ist dem Entdecker eines solchen neuen, reaktiven Mittels nicht zu verdenken, wenn er ein Radikalmittel gegen die Lepra gefunden zu haben glaubt. Aber wir haben unter den verschiedenen Knotenformen der Lepra einen Prüfstein, das ist die kleinknotige, eigentliche Cutislepra, KAPOSIS „kleinpapulöses Leprom", eine allerdings seltenere Form. Bei dieser ist die Subcutis frei, es fehlen die Ödeme und elephantiastischen Schwellungen; die kleinen, wachsartig durchscheinenden, gelblichen Knötchen sind einzeln in die Cutis eingesprengt. Vor dieser Form haben alle von mir durchprobierten Injektionen bisher Halt gemacht; die Knoten waren nach den Reaktionen ganz unverändert. Wenn das Nastin diese Form ebenso günstig verändern würde, wie die gewöhnlichen Knoten, so stände es allein hierdurch über allen mir bekannten, früheren Injektionsmitteln. D. spricht in seiner Abhandlung von „torpiden Fällen, welche selbst nach wochenlangen Injektionen keine Änderung erkennen lassen". Sollten das vielleicht solche Fälle von echten Cutislepromen sein? Im allgemeinen ist es für ein wirklich spezifisch sein sollendes Mittel bedenklich, wenn es überhaupt Fälle gibt, die nicht darauf reagieren. Für meine von aufsen angreifende, dermatologische Behandlung, die keine spezifische sein will, gibt es natürlich solche unangreifbare Fälle nicht.

Ein anderer fraglicher Punkt sind die „schwersten Fälle". D. versteht darunter solche, bei denen innere Organe ergriffen und die Patienten anämisch und kachektisch sind. Für die dermatologische Behandlung bilden diese Zustände kein Hindernis. D. schliefst diese Fälle aber von der Nastinbehandlung aus, obwohl gerade diese am meisten einer spezifischen Behandlung bedürften.

Das hängt mit einem dritten wesentlichen Punkte zusammen, damit nämlich, dafs Nastin „kein ungefährliches" Mittel ist und einer sehr genauen Dosierung bedarf. Wie weit es bei dieser Gefahr einer zu hohen Reaktivierung uns gerade da helfen kann, wo eine starke Wirkung nötig ist, eine übergrofse schädlich ist, dafür haben wir wieder einen Prüfstein im leprösen Auge. Wir können die Lepra des Auges fast in allen Fällen bemeistern, wenn wir frühzeitig bei der ersten Röte der Konjunktiva den Limbus corneae ausbrennen, wie es Kollege FRANKE bei vielen meiner Leprapatienten getan hat. Das gilt aber nur für die gewöhnlichen Fälle, wo die Lepra das Auge von aufsen ergreift. Handelt es sich um eine embolische Iritis oder eine bereits vorgeschrittene Ophthalmie, dann versagt die dermatologische Behandlung und es wäre ein Glück, wenn hier die Nastinbehandlung hilfreich eintreten könnte.

Auf einen vierten Punkt, das Fieber nach den Nastininjektionen, lege ich, falls das Nastin sonst nur gut wirkt, kein besonderes Gewicht und wir haben soeben gehört, dafs bei der neuesten Modifikation der Nastinbehandlung dasselbe fast ganz zu vermeiden ist. D. führt es auf den Zerfall von Bakterieneiweifs zurück. Aber es mufs doch nicht aufser acht gelassen werden, dafs, wenn bei der dermatologischen Behandlung die Bazillen durch Kali, Hitze oder Pyrogallol massenhaft zu grunde gehen, kein Fieber eintritt, womit dem Patienten besonders deshalb gedient ist, weil man kontinuierlich weiter behandeln kann und nicht immer das Abklingen von Allgemeinsymptomen abzuwarten braucht.

Eine besondere Hoffnung setze ich auf die Wirkung des Nastins bei Anästhesien; hier wirkt die dermatologische Behandlung allerdings günstig, aber viel zu langsam und es wäre sehr gut, wenn sich die Erfahrung von D. über die rasche Besserung von Anästhesien bestätigen sollte.

Im Ganzen aber mufs ich sagen, dafs nach den Angaben von D. seine Methode gewisse Grenzen findet, nämlich bei den torpiden, den schwersten und den zu stark reagierenden Fällen, Grenzen, die für die dermatologische Behandlung nicht existieren.

Innerhalb dieser Grenzen nun scheint es mir möglich, dafs das Nastin in vielen Fällen einen radikalen Heilerfolg bei Lepra erzielt. Das können wir aber heute noch nicht wissen. Erst in diesem Jahre hat die Methode ihre definitive Gestalt gewonnen und D. wird mir zugeben, dafs wir bei dem allbekannten schleichenden Charakter der Lepra erst in vier bis fünf Jahren sicher wissen können, ob die mit dieser Methode heute behandelten Fälle gesund geblieben sind. Diese Forderung ist bei einer Reihe von mir geheilter Leprösen, wie ich das in meinem Lissaboner Referat (1906) über Lepratherapie mitgeteilt habe, erfüllt und ich kann heute diesen Fällen wiederum zwei neue anfügen. Einer betrifft einen sehr schweren, schon fast aufgegebenen Fall, der mit akuter Manie kompliziert war, und nun schon vier Jahre völlig gesund geblieben ist.

Und auch sonst ist es mit der Heilung der Lepra nicht so schlecht bestellt, wie D. anzunehmen scheint. In jenem Referat konnte ich mehr als 60 Autoren namhaft machen, die über teils geheilte, teils wesentlich gebesserte Leprafälle verfügen.

Sitzung vom 5. November 1907.

Unna: **Über eine neue Doppelfärbung normaler und abgestorbener Bazillen im Lepragewebe.** Bald nach der Entdeckung des Tuberkelbacillus begannen die Diskussionen über dessen Tingibilität, die in einer gröfseren Arbeit von Ehrlich (1886) ihren vorläufigen Abschlufs fanden. In dieser erörterte Ehrlich zum ersten Male eingehend die Tatsache der verschieden starken Tingibilität der Tuberkelbazillen im Sputum und kam zu dem Schlusse, dafs die Bazillen im allgemeinen den Entfärbungsprozeduren einen sehr verschieden grofsen Widerstand entgegensetzen, mit anderen Worten: eine verschieden grofse Säurefestigkeit besitzen, die vermutlich mit dem Alter der Bazillen und dem langsamen Absterben derselben in Verbindung steht. Für die seither geübte Praxis der Bazillenfärbung ergab sich aus dieser Tatsache die Regel, dafs man durch möglichst konzentrierte Farblösungen und beizende Zusätze, durch lange Färbezeit (bei Schnitten) und Erhitzung (bei Ausstrichpräparaten), in allen Fällen das auf Tuberkelbazillen zu untersuchende Gewebe maximal überfärben müsse, wenn es darauf ankommt alle Bazillen nachzuweisen. Diese Überfärbung garantiert dann die Sichtbarmachung auch der weniger säurefesten Bazillen, gibt aber natürlich keinen Aufschlufs über das Verhältnis der normalen und abgeschwächten Bazillen in ein und demselben Bilde.

Diese Frage, obwohl sie für die tuberkulösen Gewebe nicht ohne Interesse ist, hat nun für das leprabazillenhaltige Gewebe von jeher eine viel gröfsere Bedeutung gehabt, weil die säurefesten Bazillen der Lepra im Gegensatz zu den Tuberkelbazillen die Neigung besitzen, im Gewebe gröfsere Verbände zu bilden, Bündel und gröfsere Klumpen, die sog. Globi. Dafs in diesen Klumpen viele abgestorbene Bazillen sich befinden müfsten, wurde denn auch von allen Leprahistologen angenommen, da die Anzahl der der färbbaren Bazillen in diesen Gebilden sehr verschieden ist. Manche Globi bestehen nur aus solchen Bazillen, andere zeigen daneben mehr oder weniger ungefärbte Substanz. Diese mit der gewöhnlichen Ziehlschen Färbung unfärbbare Substanz, der ich den Namen: Lepraschleim, Gloea, beilegte, zeigte nun aber doch

bei weiterer Untersuchung färberische Eigentümlichkeiten und eine besondere Struktur. Als das Fett der Leprabazillen durch Osmierung entdeckt wurde, ergab es sich, dafs die Gloea auch, wenn auch in viel geringerem Grade fetthaltig war. Aufserdem färbte sie sich auch bei vielen Protoplasmafärbungen schwach mit, was wohl hauptsächlich mit zu der irrigen Ansicht beitrug, dafs es sich bei ihr um degeneriertes Protoplasma der Bindegewebszellen handle. Aber den Entfärbungsprozeduren gegenüber hielten diese Färbungen nicht stand und so stellte es sich denn heraus, dafs diese inerte, glasige Masse, die alle älteren Lepraherde erfüllt und die normalen Bazillen teilweise einhüllt, die Tingibilität der Bazillen wohl, aber in sehr vermindertem Grade teilte: sie war schwach fetthaltig, schwach basophil, aber so wenig säurefest, dafs sie bei den gewöhnlichen Färbungen ungefärbt blieb. So stand es vor zehn Jahren. Da konnte ich Ihnen an dieser Stelle durch eine modifizierte Färbungsmethode den Nachweis erbringen, dafs der gröfste Teil der Gloea nicht aus homogenem Schleim, sondern aus abgestorbenen Bazillen besteht, die ihre bazilläre Form erhalten haben unter Einbufse ihrer normalen Tingibilität und Säurefestigkeit. Das Wesentliche dieser Methode bestand in einer Vorbehandlung mit ganz schwacher (1 ‰) Salpetersäure. Nach einer solchen konnten die normalen und abgestorbenen Bazillen in Kontrastfarbe dargestellt werden, die normalen durch Fuchsin: rot, die abgestorbenen durch Methylenblau: blau. Ich konnte damals weiter durch Behandlung von Tuberkelkulturen in ähnlicher Weise zeigen, dafs auch die unfärbbaren Massen abgestorbener Kulturen sich in nicht säurefeste Bazillenschwärme auflösen lassen, und Delbanco wies (1905) dasselbe von dem Bazillenschleim der Papageientuberkulose nach.

Vor zwei Jahren nahm ich diese Versuche wieder auf und fand eine farbstärkere Methode zur Differenzierung der Leprabazillen, die ich seit jener Zeit ausschliefslich gebrauche und Ihnen heute mitteilen möchte, nachdem ich dieselbe schon im vorigen Frühjahr gelegentlich meines Lissaboner Leprareferates erwähnt habe. Sie beruht auf demselben Prinzip der Vorbehandlung des frischen Gewebes mit ganz schwacher Salpetersäure. Die Primärfärbung der normalen Bazillen geschieht hier mit Viktoriablau, die Sekundärfärbung der abgestorbenen Bazillen mit Safranin. Bemerkenswerter Weise färben sich aber die letzteren, die zuerst auch mit Viktoriablau überfärbt waren, diese Farbe aber der Salpetersäure gegenüber nicht festhielten, mit Safranin nicht rot, sondern metachromatisch, nämlich goldgelb, wodurch ein sehr schöner und scharfer Kontrast zwischen blauen und gelben Bazillen entsteht.

Wenn man mit dieser Methode eine Reihe unbehandelter Leprome untersucht, so erhält man sehr eigenartige Bilder. Blaue und gelbe Bazillen finden sich überall in buntestem Gemisch und ohne alle Regelmäfsigkeit. In einigen Lepromen sind nur wenige gelbe den blauen beigemischt, in anderen finden sich ebensoviel gelbe wie blaue. Dazwischen hat man alle Übergangsstufen. Auch eine besondere Anordnung sucht man vergebens; in jedem Stücke finden sich beide Arten in anderer Verteilung.

Es kommt nun zunächst darauf an, mit Sicherheit nachzuweisen, dafs die Bazillen, die die gelbe Sekundärfarbe annehmen, auch wirklich abgestorben sind. Dieses ergibt sich natürlich zunächst schon aus dem Vergleiche von doppelgefärbten und einfach gefärbten Schnitten desselben Knotens; die gelbgefärbten Bazillen treten an die Stelle der ungefärbten Schleimmassen und die doppelgefärbten Präparate enthalten demgemäfs überhaupt viel mehr Bazillen als die einfach gefärbten. Sodann spricht für das Abgestorbensein der gelben Bazillen, dafs sie besonders reichlich im Innern der Globi vertreten sind, wo man zuerst die abgestorbenen Bazillenmassen auffand; weiter die Tatsache, dafs in klinisch alten Lepromen die Zahl der gelben stets viel gröfser ist als in klinisch jungen, obwohl einzelne gelbe sich auch in ganz rezenten Lepromen finden.

Natürlich erschien die Methode besonders geeignet zur Entscheidung der Frage, was wir mit unseren therapeutischen Mitteln bei den Lepromen ausrichten können, insbesondere ob es uns gelingt, die Leprabazillen in der Haut ohne Zerstörung letzterer abzutöten. Aber es schien auch gleichzeitig sehr schwierig, derartige Präparate zu beurteilen, da schon normalerweise die gelben und blauen Bazillen ganz regellos gemischt sind und eine Norm für die Anzahl der gelben im unbehandelten Gewebe ganz fehlt. Aber glücklicherweise haben wir doch gewisse Anhaltspunkte, die uns eine künstliche Beeinflussung des Leproms und die Stärke derselben erkennen lassen.

Zunächst kommt es in unbehandelten Lepromen nie vor, dafs alle Bazillen gelb sind, und auch nie dafs eine regelmäfsige Verteilung der gelben Bazillen nach Zonen eintritt. Finden wir also nach gewissen Ätzungen, z. B. mit Kali, dafs überhaupt alle Bazillen oder wenigstens in bestimmten Zonen alle gelb sind, so können wir nicht umhin, das auf Rechnung des Medikaments zu setzen. Sodann hat sich in bezug auf die Verteilung doch in einem Punkte eine gewisse Regel herausgestellt, darin nämlich, dafs die Bazillenhaufen, welche innen dem Endothel der Kapillaren aufsitzen, stets blau sind, auch wenn rund herum im Gewebe alle Bazillen die gelbe Farbe zeigen. Es spricht das entweder für eine Auffrischung der Bazillen, die mit dem Blut in Berührung kommen oder wohl eher für eine Abspülung aller abgestorbenen Bazillen an dieser Stelle. Wie dem auch sei, wenn nach einer bestimmten Behandlung auch die Bazillen der Kapillaren gelb sind, so müssen sie künstlich abgetötet sein.

Redner demonstriert sodann mikroskopische Präparate, in denen nach Einwirkung von Hitze (Plätten) auch die den Kapillaren aufliegenden Bazillenhaufen sich gelb gefärbt haben und mit Kali und Phenolen geätzte Leprome, die teils eine vollständige, teils eine zonenweis angeordnete Abtötung der Leprabazillen im Gewebe zeigen, kenntlich an deren gelber Farbe — und fährt dann fort: Die intensivste Umwandlung der blauen Bazillen in gelbe fand ich nun bei Anwendung von Hitze, von Kali und von den Phenolen: Karbolsäure und Pyrogallol. (Demonstration von Präparaten und Zeichnungen.)

Ganz eigentümliche Wirkungen entfalten die ätzenden Säuren. Auch dort, wo nach der Wirkung auf das Cutisgewebe zu urteilen, die Ätzung stark eingewirkt hatte, behalten die Bazillen die blaue Farbe. Wir können ihnen im Gegensatz zur Kali- und Phenolätzung nicht ansehen, ob sie normal oder abgetötet sind. Die starken Säuren fixieren, „fällen“ offenbar die Eiweifskomponente der Bazillen, welche das Viktoriablau festhält. Aber dort, wo bei exakt linienförmiger Ätzung, sich auf dem Querschnitt um einen zentralen Ätzbezirk ein entzündlicher, ödematöser Ätzhof mit stark erweiterten Gefäfsen anschliefst, sind in diesem alle Bazillen gelb und viele von ihnen herausgeschwemmt. Hier ist offenbar die ätzende Säure durch alkalisches Blut und Lymphe kompensiert und dadurch die Abtötung erst in Form der gelben Bazillenfarbe in die Erscheinung getreten. So besonders schön bei der Ätzung mit Salpetersäure (Demonstration). Die ätzenden Säuren scheinen also die Bazillen bei der Abtötung erst zu fixieren, so dafs ihre völlige Vernichtung erst sekundär durch entzündliches Ödem geschieht. Am stärksten von den Säuren wirkt nach meinen Versuchen die Salzsäure. Es empfiehlt sich diese Versuche an der Hand der Doppelfärbung weiter fortzuführen. Sie versprechen wertvolle Aufschlüsse über das Verhalten der Bazillen zu unseren Medikamenten.

Unna: Nachdem ich in voriger Sitzung einige praktische Punkte des Deykeschen Vortrags erörtert habe, hatte ich die Absicht, heute noch auf einige theoretische Ansichten von Deyke, speziell auf die Immunisierung durch Nastin näher ein-

zugehen. Bei der vorgerückten Zeit mufs ich mich aber auf die Anführung einiger, vielleicht ein andermal zu erweisender Sätze beschränken. Ich glaube, dafs wir bei chronischen Infektionskrankheiten niemals eine allein ausreichende, immunisierende Behandlung besitzen werden, also auch nicht für die Lepra, so wenig wie für Tuberkulose und Syphilis. Bei diesen werden wir immer körperfremde, nicht immunisierende Substanzen, d. h. gewöhnliche Medikamente hinzuziehen müssen. Nun ist das Nastin von DEYKE ja aber auch gar nicht im EHRLICHschen Sinne ein immunisierender Körper, d. h. ein am Eiweifs des Leprabazillus angreifender Körper, sondern seine Wirkung ist nach DEYKE auf das Fett des Leprabazillus gerichtet, wie es selbst ein Fett ist. Dieses bedeutet also entweder eine neue, der EHRLICHschen parallel laufende Immunisierungstheorie oder eine prinzipielle Erweiterung der EHRLICHschen Theorie über deren Grenze hinaus. Denn bekanntlich bezieht sich EHRLICHs Theorie bisher nur auf körperfremde Eiweifskörper, Toxalbumine, Eiweifsfermente usw. Gegen andere Gifte und Medikamente konnte bisher nicht immunisiert werden. Ich möchte also DEYKE bitten, sich darüber auszusprechen, wie er sich die Art und den Sitz der Rezeptoren für das Nastin denkt. Mir erscheint nach den Mitteilungen von DEYKE das Nastin als ein hoffnungsvolles Medikament aber nicht gerade als immunisierendes Mittel, wenigstens nicht im bisherigen Sinne, sondern vielleicht als ein fettlösendes Mittel eigener Kategorie. Ich verzichte aber auch gerne auf die Nebenhoffnung einer Immunisierung, von der ich bei der eminent chronischen Lepra überhaupt nicht viel halte.

Um so interessanter wird mir aber das Nastin als Medikament. Wenn es wirklich überall im Körper das Fett der Leprabazillen auflösen kann, etwa wie das Thiosinamin das Kollagen der Narben, so ist damit ein entschiedener therapeutischer Fortschritt zu verzeichnen. Seit 1892, als ich das Fett der Leprabazillen auffand, habe ich dessen Bedeutung in klinischer und therapeutischer Beziehung stets verfolgt und sehr hoch eingeschätzt und ich kann wohl sagen, dafs erst mit der Zeit meine Behandlungsmethode in festen Bahnen verlief, seitdem die Entfettung der Leprabazillen neben der sonstigen Behandlung mein hauptsächliches Bestreben war. Wie wir das durch physikalische und chemische, äufsere Mittel können, habe ich Ihnen in meiner Demonstration gezeigt. Aber es wäre natürlich von grofsem Werte, aufserdem ein derartiges inneres Mittel zu besitzen für die Bazillen der inneren Organe und ich hoffe, dafs das Nastin diese Lücke ausfüllen wird.

DEYCKE: Zunächst quittiere ich UNNA gegenüber mit Befriedigung die Tatsache, dafs er an dem von mir im Eppendorfer Krankenhaus behandelten Leprafall eine eklatante Besserung konstatiert hat. Dann möchte ich ein Mifsverständnis aufklären, das, wie mir scheint, UNNA wesentlich in seiner Stellungnahme zu meiner Lepratherapie beeinflufst hat. U. sprach in seinen Ausführungen stets von Reaktionen, die mein Verfahren mit sich bringt und stellte deshalb meine Therapie mit Injektionen auf gleiche Linie, die er selber früher u. a. mit Fleischsaft an Leprösen vorgenommen hat und deren günstigen Effekt auf lepröse Symptome er auf zirkulatorische Änderungen und Umstimmungen bezieht. Nun, m. H., das trifft für meine Injektionen nicht zu. Ich habe allerdings von Nastinreaktionen gesprochen, aber diese wurden während einer Periode meiner therapeutischen Studien beobachtet, wo ich erst den einen aktiven Körper, eben das Nastin, kannte. Damals wurden allerdings Besserungen des leprösen Prozesses nur auf dem Wege der Reaktion erreicht und ich habe deshalb auch zu dieser Zeit meine Behandlungsmethode als eine provisorische betrachtet und habe sie wegen der damit verknüpften Gefahren nicht freigegeben. Erst als ich durch die Kombinierung des Nastins mit Benzoylchlorid in geeignetem Mischungsverhältnis Lösungen kennen lernte, welche ohne Reaktionen und des-

halb auch ohne jegliche Gefahr den gleichen Effekt, d. h. die Bakteriolyse der Leprabazillen erzielten, erst da habe ich meine Lepratherapie für fertig gehalten. Also, um das noch einmal zu fixieren, meine jetzige Leprabehandlung wirkt nicht durch allgemeine oder lokale entzündliche Reaktionen oder durch Änderungen der Zirkulation, sondern mein Benzoylnastin ist ein direkt die Leprabazillen im Sinne der Entfettung angreifendes Mittel. Das ist aber das Wesentliche und, wie ich glaube, auch das Neue in meinen therapeutischen Lepraarbeiten und das wollte ich hier in erster Linie zur Diskussion stellen.

Ich arbeite an meiner Methode seit 3½ Jahren, das ist für die Lepra eine relativ kurze Spanne Zeit und ich maſse mir nicht an, zu behaupten, daſs ich nunmehr die Lepra heilen könnte oder auch nur in jedem Falle die Symptome beseitigen könnte. Ich glaube allerdings in den meisten Fällen den Lepraprozeſs zum Stillstand und in vielen Fällen auch die Symptome zur Rückbildung bringen zu können, wovon ich übrigens im ärztlichen Verein vor meinem jetzigen theoretischen Vortrag durch Demonstration von Photographien, Röntgenbildern und Zeichnungen Rechenschaft abgelegt habe.

Unna hat auf eine von mir verfaſste Anweisung zur Leprabehandlung hingewiesen und Bedenken dagegen geäuſsert, daſs schwerste Leprafälle meiner Methode nicht zugänglich seien. Wörtlich habe ich folgendes gesagt: „Schwerste Leprafälle, d. h. solche, bei denen die inneren Organe bereits ergriffen sind, bei denen hochgradige Anämie oder ausgesprochene Kachexie vorliegt, endlich bei denen andere Komplikationen (zumal Nephritis) eingetreten sind, sollten von vornherein von der spezifischen Nastin-Benzoyl-Therapie ausgeschlossen werden. Alle anderen Lepraerkrankungen aber eignen sich zur Behandlung." Ich habe da also Fälle im Auge gehabt, die stets unheilbar sein werden, auch dann, wenn es gelingen sollte, mit einem Schlage alle Leprabazillen aufzulösen und abzutöten. Ich brauche Sie da nur an das Beispiel der Tuberkulose zu erinnern, wo Sie mir ohne weiteres zugeben werden, daſs es da massenhaft Fälle gibt, die aus rein anatomischen Gründen irreparabel sind und selbst bei der Syphilis gibt es trotz Quecksilber, Jod und neuerdings Atoxyl Erkrankungsformen, wo wir einfach machtlos sind.

Unna hat weitere Bedenken zu meiner Theorie geäuſsert und mich gefragt, ob ich auch Cutisleprome und Augenlepra heilen könnte. Nun, was die Cutisleprome betrifft, so habe ich die allerdings schon mehrere Male und zwar recht prompt zum Schwinden gebracht. Etwas anderes ist es mit der Augenlepra. Die Augenlepra ist lange Zeit geradezu eine Crux für mich gewesen, so lange nämlich, als ich mit Reaktionen gearbeitet habe, weil bisweilen die Reaktionen für das Sehvermögen gefährlicher sein können als die Augenlepra selbst; dagegen habe ich neuerdings mit dem Benzoylnastin einige recht beachtenswerte Erfolge erzielt, wenn ich auch zugebe, daſs die Rückbildung der leprösen Augenaffektionen besonders langsam von statten geht.

Da Unna sich so ausgiebig mit meiner Lepratherapie beschäftigt hat, so möchte ich meinerseits auf seine Behandlungsmethode, die er der meinigen gegenüberstellt, mit einigen Worten eingehen. In der letzten groſsen therapeutischen Arbeit Unnas (*Lepra*, Bd. 6, Heft 3), die ich hier herumgebe, werden Sie ungemein zahlreiche und sehr detaillierte Behandlungsvorschriften für die Lepra finden. Ein Blick auf diese Vorschriften wird aber zeigen: 1. daſs die Methode ungewöhnlich groſse Anforderungen sowohl an den Arzt als auch an den Patienten stellt und jedenfalls auch groſse pekuniäre Mittel erfordert, so daſs sie in den Leprosorien wohl kaum im ganzen Umfang durchgeführt werden kann; 2. aber, daſs sie doch überwiegend eine äuſserliche, um nicht zu sagen kosmetische Behandlung von leprösen Hautaffektionen ist. Demgegenüber wird bei meiner Methode wöchentlich nur eine Injektion gemacht, und

zwar von minimalen Mengen des Benzoylnastin, und ich versuche, von innen heraus auf die Leprabazillen zu wirken. Das ist doch etwas fundamental verschiedenes, was sich mit U.s Methode nicht im entferntesten vergleichen läſst. Ich zweifle nicht daran, daſs mit U.s Maſsnahmen manches erreicht werden kann, und ich bin davon überzeugt, daſs U. selbst mit seinem groſsen Geschick und seinen reichen Erfahrungen in derartigen Dingen sehr hübsche Resultate erzielt. Aber ob damit eine wirkliche Beeinflussung oder gar Heilung des ganzen komplizierten Lepraprozesses, mit einem Worte der konstitutionellen Lepra erreicht wird, das ist eine Frage, die doch auf einem ganz anderen Brett steht. Ich wiederhole es, es handelt sich da um ganz verschiedene Verfahren, die von ganz verschiedenen Gesichtspunkten ausgehen und deshalb auch gar nicht einander gegenübergestellt werden können. Aus demselben Grunde schlieſsen sie sich aber auch keineswegs gegenseitig aus, ganz im Gegenteil, ich halte es für sehr möglich, daſs in der weiteren Praxis sich beide Behandlungsmethoden, U.s lokale und meine allgemeine, zu einem ersprieſslichen Heilverfahren der Lepra ergänzen werden.

Unna: Auf die Bemerkung von Deycke, daſs meine dermatologische Behandlung bloſs eine „kosmetische" sei, habe ich zu erwidern, daſs sie entschieden mehr ist, wie sie denn schon zu definitiven Heilungen von vier und sechs Jahren Dauer geführt hat. Ich halte es überhaupt für einen richtigen ärztlichen Grundsatz, bei Infektionskrankheiten die Hauptbehandlung dem Organ zukommen zu lassen, welches für die Parasiten den besten Nährboden abgibt, und das ist für die Lepra die Haut. Mit den wenigen Bazillen, die sich in Leber und Niere ansiedeln, wird der Körper schon eher fertig. Auſserdem gehen die meisten Medikamente, die ich brauche, vor allem Pyrogallol, Karbolsäure und Kalium, durch die Haut und wirken auch auf innere Organe, abgesehen davon, daſs gleichzeitig andere Medikamente (Gynokardöl, Strychnin usw.) nur innerlich wirken.

Nachdem ich meine kritischen Bedenken geäuſsert und vor allem vor zu rascher Einschätzung des neuen Mittels gewarnt habe, kann ich nicht umhin, Deycke für seine äuſserst wertvolle Arbeit — und ich glaube auch im Namen aller, die sich praktisch mit Lepratherapie beschäftigen — zu danken. Ich hoffe, daſs das Nastin geradeso wie das Tuberkulin, wenn auch nicht als ein ausreichendes Immunisierungsmittel, so doch als ein brauchbares Hilfsmittel im Kampfe gegen die Lepra sich bewähren wird, und bin als Hamburger stolz darauf, daſs nun schon eine zweite und hochbedeutsame Anregung von hier ausgeht, um Mittel und Wege zur Vernichtung dieser Geiſsel der Menschheit zu finden.

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Oktober 1907.

Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Parasitologie der Syphilis, von Oscar T. Schultz. (Aus dem pathologischen Laboratorium der Western Reserve Universität-Cleveland.) In dieser allgemeinen Übersicht, welche sowohl den Siegelschen Cytorrhyctes wie die Spirochaeta pallida Schaudinns einer objektiven Beurteilung unterzieht und zwar auf Grund der in den letzten zwei bis drei Jahren auſserordentlich umfangreich gewordenen Literatur, kommt Verfasser

bezüglich der Spirochaeta zu folgenden Schlüssen: Dieselbe weist gegenüber anderen Spirillen genügend Charakteristika auf, um sie von diesen zu differenzieren. Sie wird nur bei Syphilis und zwar in all den verschiedenen Erscheinungsformen derselben gefunden. Sie steht in einem bestimmten Verhältnis zu den histopathologischen Veränderungen, welche für Syphilis charakteristisch sind. Nach der Quecksilberanwendung geht die Besserung der Hauterscheinungen und das Verschwinden der Spirochäte Hand in Hand. Bei der experimentellen Syphilis niederer Tiere ist die Spirochaeta pallida vorhanden und hat dieselben Eigenschaften wie bei der Krankheit des Menschen. Die negativen Resultate, soweit hierüber Berichte vorliegen, sind nur insofern von Bedeutung, als sie zeigen, wieviel Geduld und Übung für die Auffindung und Identifizierung der Spirochaeta notwendig sind. Der Nachweis der Spirochaeta pallida in einem zweifelhaften klinischen Falle ist von größter diagnostischer Bedeutung, ebenso wie bei pathologischem Material für den Pathologen.

Bericht über tropische Hautkrankheiten, von W. Dubreuilh - Bordeaux. D. bringt hier einen kurzen Bericht über die weniger bekannten und in den Handbüchern meist nicht erwähnten Hautkrankheiten der Tropen. Hautlarven wurden schon vor zwei Jahrhunderten in Zentralamerika beobachtet (von la Coudamine, Justin Goudot u. a.). Der Weg, auf welchem die Larven in den Körper eindringen, ist aber immer noch unbekannt, wahrscheinlich wird das Ei auf der Haut abgelegt, die Larve bohrt ihren Weg durch die Haut und geht ihre ganze Entwicklung an der gleichen Stelle durch. Larven der Dipteren, welche unter oder in der Haut leben, wurden fast überall in Afrika beobachtet; die bestbekannte von allen ist die Larve von Ochromya anthropophaga, welche unter dem Namen „Ver du Cayor“ besonders am Senegal studiert wurde und ihre volle Entwicklung in einer Woche erreicht. Der Sandwurm, Filaria medinensis (Guinea worm) u. a. sind weitere wohlbekannte Parasiten, ihre Behandlung aber seit Galens Zeiten beinahe unverändert geblieben. Elephantiasis ist eine den heißen Zonen gemeinsame Erkrankung und wird allgemein einer Filaria des Blutes zugeschrieben, was D. in Anbetracht des häufigen Vorkommens von Elephantiasis in gemäßigten Zonen ziemlich zweifelhaft erscheint. Tinea imbricata oder Tokelau ist eine Krankheit, deren klinische Zeichen wohl ausgesprochen und leicht erkennbar sind. Verruga peruana ist eine Infektionskrankheit, welche gewissen Teilen von Peru speziell eigentümlich ist und zwar kommt sie in den Guebrades genannten Tälern, welche parallel mit der Küste verlaufen und heiß und dumpf sind, vor; die infizierten Täler liegen alle zwischen 30 und 120 km von der Küste und zwischen 400 und 3000 m Höhe; merkwürdigerweise herrscht in denselben Gegenden auch Malaria. Die Verruga befällt speziell Neuankommende und die Bewohner der infizierten Täler sind im allgemeinen immun oder haben nur gutartige Formen der Krankheit. Rindvieh und Vögel werden oft von der Verruga befallen. Die Verruga ist nicht ansteckend und wird nicht von Person auf Person übertragen. All die ätiologischen Momente, von Odviozula sorgfältig studiert, haben große Ähnlichkeit mit Malaria, ja sie sind nahezu identisch mit derselben, so daß wahrscheinlich auch die Verruga durch einen Blutparasiten verursacht wird.

Über periphere syphilitische Arteriitis, von Herm. G. Klotz-New York. K. berichtet über drei Fälle dieser im allgemeinen selten beschriebenen Affektion, welche Männer im Alter von 45, 37 und 50 Jahren betraf. Er glaubt, daß manche Fälle von peripherer syphilitischer Arterienentzündung als Raynaudsche Krankheit figurieren, da ja die lokalen Symptome beider Affektionen identisch seien; es erscheint dies insofern natürlich, als wir es bei beiderlei Affektionen mit mehr oder weniger völliger Unterbrechung des arteriellen Blutlaufes in manchen Teilen der Extremitäten (lokale Synkope) und in der Folge mit Stagnation von ungenügend oxydiertem Blut in den

erweiterten Kapillaren (lokaler Asphyxie) zu tun haben. In fast allen Fällen fand man bei genauer Untersuchung, daſs die Affektion in einem oder vielleicht zwei Fingern oder Zehen einer Hand oder eines Fuſses begann und erst nach einigen Tagen andere Finger oder Zehen der gleichen Extremität in ähnlicher Weise befallen werden; die betreffende Hand oder der Fuſs können erst nach Tagen oder Wochen ergriffen werden, oder es können Zwischenräume von Monaten und sogar Jahren zwischen den Anfällen der verschiedenen Extremitäten vorhanden sein. In Fällen, wo die gröſseren Verzweigungen der Arterien der Sitz der Entzündung geworden sind, kann die Beschaffenheit des Pulses, speziell dessen Aussetzen an Stellen, wo man ihn gewöhnlich fühlt, und der Befund eines obliterierten Gefäſses die Diagnose in hohem Maſse erleichtern und zum Ausschluſs der Raynaudschen Krankheit führen. Die Anamnese wird jedenfalls bei der Diagnose der syphilitischen Arteriitis von Bedeutung sein; nicht gleichzeitig vorhandene andere Erscheinungen von Syphilis können keineswegs dieselbe ausschlieſsen, sind vielmehr in Fällen, wo die Primäraffekte viele Jahre (in einem der Fälle Knopfs 28 Jahre) zurückliegen, kaum zu gewärtigen. In zweifelhaften Fällen muſs man jedenfalls unmittelbar antisyphilitische Behandlung einleiten.

Bericht über 800 dermatologische Fälle, mit X-Strahlen und Hochfrequenzströmen am Mount Sinai-Hospital behandelt, von Samuel Stern. Was die Epitheliome betrifft, so teilt auch St. die wohl nun allgemein herrschende Ansicht, daſs sich vor allem die oberflächlichen Kankroide zur Radiotherapie eignen; kleine, noduläre Epitheliome der Hautoberfläche können leicht durch einige wenige Applikationen des Hochfrequenzstromes zerstört werden. Von 85 nach diesen Grundsätzen behandelten Fällen wurden 45 klinisch geheilt. Von Acne vulgaris wurden 120 im ganzen mit befriedigendem Resultate mit X-Strahlen behandelt, während bei Acne rosacea (15 Fälle) der Erfolg ein sehr geringer war und andere Behandlungsmethoden sicher vorzuziehen sind. Psoriasis (48 Fälle) und Ekzema, besonders die trockene, schuppende Form, weichen bei genügend langer Einwirkung meist der Röntgenbestrahlung, hartnäckiger dagegen zeigen sich wieder Lichen chronicus, planus und lichenoides Ekzema. Bei Lupus erythematosus gab der Hochfrequenzstrom unmittelbar zwar gute Resultate, von längerer Dauer waren dieselben aber nicht. Über Lupus vulgaris hat Stern nicht viel Erfahrung: von sechs mit dem elektrischen Funken behandelten Fällen wurden drei geheilt und drei gebessert. Der Hochfrequenzstrom ist von groſsem Wert bei der Zerstörung von Warzen verschiedener Art und bei Molluscum contagiosum (75 behandelte Fälle). Mykosis fungoides ist ein Zustand, gegen welchen wir bis jetzt völlig hilflos waren und nun die Radiotherapie ein wahrer Triumph ist, wenn auch Dauerresultate selten, sondern nur bedeutende Besserungen zu verzeichnen sind. Ebenso ist es bei Rhinosklerom, bei welchem Radiotherapie sogar meist zu völliger Heilung führt, und bei Sykosis, wovon Verfasser 105 Fälle mit 100% Heilung behandelte. Die Wirkung der X-Strahlen auf dieses Hautleiden nennt er geradezu eine wunderbare. Die Radiotherapie erwies sich schlieſslich in manchen Fällen von Hypertrichosis, bei Trychophytosis capitis (30 Fälle mit Erfolg behandelt) und auch bei Hyperhidrosis der Handfläche als erfolgreich, wenn auch zuweilen eine lange Reihe von Sitzungen nötig waren.

Klinische Berichte: a) ein Fall von syphilitischer Reinfektion und b) Fälle von Syphilis insontium, von G. K. Swinburne. In dem Falle von syphilitischer Reinfektion trat diese sieben Jahre, nachdem Patient eine typische Infektion mit Schanker, Drüsenschwellung, Haut- und Schleimhauteruption durchgemacht hatte und mehrere Jahre in ärztlicher Behandlung gewesen war, auf und zwar beinahe in derselben Weise, wie bei dieser ersten Infektion. Die Fälle von Syphilis insontium

betrafen zum Teil die Tonsillen (Schanker), zum Teil die Zungenspitze und die Lippen; besonders die Infektion durch die Tonsillen hält SWINBURNE für häufiger, als man allgemein glaubt.

Xeroderma pigmentosum, von WALTER BOOTH ADAMS-Beirut. A. berichtet hier von einer 19jährigen Eingeborenen (Syrien), welche mit ihrem siebenten Lebensjahre zahlreiche und stark pigmentierte Sommersprossen bekam, die aber im Winter nicht weggingen, sondern zu Warzen und schliefslich zu schwer heilenden Geschwüren sich umwandelten. Das Gesicht bot die verschiedenen Veränderungen, welche bei dieser Affektion, deren geeigneterer Name Lentigo maligna progressiva wäre, vorkommen, dar; am schlimmsten waren die Augen affiziert, das Sehvermögen des einen fast ganz durch ein Papel zerstört, die in ulcerative Keratitis überging, so dafs Enukleation notwendig wurde. Auf der Brust waren ebenfalls eine Anzahl Pigmentflecke, aber ohne Übergang in Warzen oder Ulceration, vorhanden, während die Hände wiederum einen anderen Zustand, nämlich ein wahres Xeroderma mit beträchtlicher Verdickung, Gefühl von Härte und Unelastizität, etwas Exfoliation und starke Pigmentierung, aber ohne viele Flecken zu haben, aufwies. Die Blutuntersuchung war negativ. Patientin wurde der Rat gegeben, stets den Schleier zu tragen zum Schutze gegen die Strahlen der stark wirkenden syrischen Sonne. (Mit 1 Abbildung.)

November 1907.

Gangraena cutis hysterica, von HARVEY P. TOWLE-Boston. Diese Affektion, verschiedentlich, wie als hysterische Hautgangrän, als spontane, als neurotisch-multiple Gangrän usw., benannt, bietet viele Schwierigkeiten in ihrer Diagnose. Nach Ausschlufs der Fälle, welche auf Bakterien-Infektion, Arteriosklerosis und organische Erkrankung des Nervensystems beruhen, bleibt eine Anzahl von Fällen, welche als selbst zugefügt oder künstlich erzeugt zu betrachten sind. T. führt ausführlich vier Fälle letzterer Art aus seiner Praxis an, wo es sehr schwierig war, eine richtige Diagnose zu stellen. Sie zeigten gemeinsam eine in verschieden langen Zwischenräumen sich einstellende, bald in geschwürige Prozesse übergehende Hauteruption (Erythema und Bläschen), die zuerst in der Umgebung eines vorhergehenden Traumas und mit der Tendenz, nach aufwärts sich auszubreiten, auftritt. Die Eruptionen wurden rasch gangränös, manchmal auch ohne vorhergehendes Erythem oder Bläschenausschlag. Langsame Heilung war ein Hauptcharakteristikum. In drei Fällen war die Eruption auf eine Hand oder Arm beschränkt und in dem vierten begann sie am Arm und breitete sich später über den Körper aus. Die Affektionen traten gewöhnlich bei Nacht auf oder wenn die Patienten frei von Beobachtung waren. Aufmerksames Studium der Fälle brachte T. zu der Überzeugung, dafs die Eruptionen durch künstliche Mittel ihre Fortsetzung nahmen, wenn sie nicht auf diesem Wege begonnen hatten: T. sammelte aus der Literatur noch 90 ähnliche Fälle und teilte sie in zwei grofse Gruppen: 1. künstliche oder durch Selbstverletzung entstandene Gangrän und 2. spontan, auch durch innere Ursachen bewirkte Gangrän. Die ersteren kamen nur beim weiblichen Geschlecht, von den spontanen (49) Fällen 43 bei letzterem und sechs bei Männern vor. Das Alter, in welchem die Affektion auftritt, war das gleiche in beiden Gruppen, nämlich 90% der Patienten mit künstlich erzeugter, 86% der Patienten mit spontaner Eruption waren unter 30 Jahre alt. Ein vorhergehendes Trauma als erste Erscheinung liefs sich in beiden Gruppen ziemlich gleichmäfsig, in 44 resp. 45% der Fälle nachweisen. Ein klinischer Unterschied im Verlaufe der Affektion läfst sich zwischen diesen beiden Hauptgruppen nicht feststellen, so dafs T. den Schlufs für gerechtfertigt hält, dafs die spontan entstandene Gangrän, d. i. die unbekannten Ursprungs, auf dieselbe Ursache zurückzuführen ist, wie die künstlich

hervorgerufene. Die mikroskopischen Befunde der untersuchten Fälle ergaben keinerlei besondere Charakteristika. Mit fünf Abbildungen.

Über Gangosa, von O. J. Mink und N. T. McLean - Washington. Gangosa, ein spanisches Wort, welches näselnde Sprache bedeutet, ist die Bezeichnung für eine auf den Ladronen- und Karolineninseln vorkommende Krankheit, welche, am weichen Gaumen beginnend, durch ulcerative Zerstörung der Gaumenbögen und des Zäpfchens charakterisiert ist und sich auf harten Gaumen, Nasenhöhle, Kehlkopf und das Gesicht fortsetzt; Verstümmelung ist immer das Schlufsresultat. Allgemeinerscheinungen entweder in geringem Grade oder gar nicht vorhanden. Synonyme Bezeichnungen sind Rhinopharyngitis mutilans (Leys) und Ogo (Chamorro). In einer Reihe von 80 Fällen war der Beginn meist im 10. bis 30. Lebensjahre. Differentialdiagnostisch kommt 1. Lepra — plötzlicher Beginn mit der charakteristischen Lokalisierung, kein bösartiger Verlauf und fehlender Nachweis des Leprabacillus —, 2. Lupus der Schleimhaut — hiergegen sprechen ebenfalls der plötzliche Beginn, die lokalen Halserscheinungen, mangelnder Nachweis von Tuberkelbazillen und anderswo lokalisierter Tuberkulose — und 3. Syphilis in Betracht; die Anamnese, das Fehlen anderweitiger Erscheinungen und das Versagen der spezifischen Behandlung müssen diese ausschliefsen. Die Prognose des Leidens ist aufser bei ganz akut verlaufenden Fällen niemals quoad vitam schlecht, Entstellungen die Regel. Gangosa wird als eine kontagiöse Krankheit angesehen, welche in vielen Fällen eine grofse Anzahl der Familienglieder heimsucht, auch zu Rezidiven neigt und dadurch besonders gefährlich wird. Die Behandlung vermag in den ersten Stadien der Krankheit dieselbe zu begrenzen; die besten lokalen Mittel sind Jodtinktur, kaustisches Kalium, Karbol- und Chromsäure, auch energische Anwendung des Thermokauters, antiseptische Mundspülungen, tonische Behandlung, wenn indiziert; Jodkalium, selbst in grofsen Dosen, scheint keinen Einflufs auf die Krankheit zu haben; die beigegebenen (vier) Abbildungen illustrieren in prägnanter Weise die Entstellungen, welche vor allem im Gesicht durch dieses Leiden vorkommen können.

Die Schilddrüsenbehandlung bei Urticaria chronica, von M. L. Ravitch. Verfasser ist der festen Überzeugung, dafs das Schilddrüsenextrakt in einer grofsen Anzahl der Fälle von chronischer Urticaria ein spezifisches Mittel sei. Ausgehend von der Tatsache, dafs die Schilddrüse die Fähigkeit besitzt, Gifte und im Blute kreisende Produkte von Autointoxikation zu neutralisieren, ferner von der Analogie, dafs die Schilddrüse eine viel wirksamere und notwendigere Drüse beim weiblichen wie beim männlichen Geschlecht, zugleich aber hartnäckigere Fälle von Urticaria bei ersterem häufiger sind wie bei letzterem, glaubt R., dafs chronische Urticaria in der Mehrzahl auf Schilddrüsenerkrankung zurückzuführen sei. Sieben von seinen neun Fällen chronischer Urticaria betrafen das weibliche Geschlecht und, ohne in eine Einzelbeschreibung dieser Fälle einzugehen, sei nur erwähnt, dafs sie ähnlich wie die Patienten mit funktioneller Schilddrüsenerkrankung ein gewisses, unbeschreibliches Gefühl des Unbehagens zeigten; die Anfälle von Urticaria kamen mit der gröfsten Unregelmäfsigkeit und ohne nachweisbare Ursache.

Über Zoster arsenicalis, von Joseph Zeisler - Chicago. Z. berichtet über elf Fälle dieser Art, welche er im Verlaufe der letzten zwölf Jahre gesehen hat und welche nach langer (mehrere Wochen und Monate hindurch) fortgesetzter Arseniknahme sich entwickelt haben. In der Mehrzahl der Fälle war Arsenik wegen Psoriasis, in einigen wegen Lichen (planus) verschrieben worden. Ebenso wie es heutzutage nicht mehr zweifelhaft sein kann, dafs lange fortgesetzter Gebrauch von Arsenik Keratosis und Epithelioma verursachen kann, aufser anderen Hauterscheinungen (Erythema, Urticaria, Purpura, Melanosis, Hyperhidrosis, Alopecie), ebenso glaubt Z.,

dafs bald die Ansicht, es könne auch zu einem wirklichen Arsenikzoster kommen, allgemein anerkannt sein wird.

Radiogramme über Syphilis der langen Röhrenknochen, von Martin W. Ware. Syphilitische Affektionen der Knochen waren die letzten der Knochenerkrankungen, welche radiographischer Untersuchung unterzogen worden sind. Wenn man auch nicht behaupten kann, dafs man in jedem Falle ein pathognomonisches Bild erhält, so zeigt doch eine Reihenfolge dieser Radiogramme einen gleichmäfsigen Typus der Befunde, welcher in auffallender Weise mit den groben pathologischen Befunden der Knochensyphilis korrespondiert. Ein typisches Merkmal ist die Verdickung des Periosts und bildet ein wichtiges differentialdiagnostisches Mittel der Knochensyphilis gegenüber anderen chronischen, besonders tuberkulösen, Knochenaffektionen. Auf die Einzelheiten der Bilder, wie sie u. a. hereditäre Syphilis, gummöse Ablagerungen in den Knochen zeigen, kann hier nicht eingegangen werden.

Dezember 1907.

Die opsonische Methode bei Hautkrankheiten, von Arthur Whitfield. In dieser allgemeinen Besprechung kommt W. nach einem kurzen Abrifs über die Geschichte und Entwicklung der von Wright und Douglas inaugurierten Methode, wonach der opsonische Index die Richtschnur zur Behandlung bakterieller Infektionen abgeben soll, zu folgenden Schlüssen: Die opsonische Behandlung ist zwar im allgemeinen noch eine unsichere, da unsere Kenntnisse darüber nicht lückenlos sind, sie war aber in erster Linie bei Furunkeln von Erfolg und scheint bis jetzt die beste Behandlungsart für allgemeine Furunkulose zu sein. Bei Sykosis bildet sie ein wertvolles Unterstützungsmittel der Behandlung, mufs aber auf lange Zeiten fortgesetzt werden, und zwar am besten kombiniert mit Radiotherapie. Bei Akne ist diese Behandlung unsicher, in manchen Fällen von gläuzendem, in anderen ohne den geringsten Erfolg. Bei septischer Dermatitis und Geschwüren ist diese Behandlung als Hilfsmittel von Wert, ebenso bei Lupus vulgaris, und zwar nach Whitfields Erfahrung kombiniert mit Radiotherapie, während Bulloch die opsonische Methode für sehr wertvoll hält, um Rückfälle nach der Finsen-Behandlung zu verhüten.

Bakterieneinimpfung bei der Behandlung eitriger und tuberkulöser Hautkrankheiten nach der Methode von Wright, von V. M. von Eberts - Montreal (Canada). Auch E. hat im allgemeinen günstige Resultate mit der opsonischen Methode und führt einige Einzelheiten, die von Wichtigkeit zum Gelingen dieser Behandlung seien, an. In erster Linie sei bei der Darstellung der Bakterienvaccine dieselbe mit dem die Krankheit verursachenden Organismus identisch oder nahe verwandt, ferner soll die Bakteriensuspension frisch von Sechs-bis-Acht-Stunden-Kulturen des homologen Organismus bereitet, eine 0,85 %ige Kochsalzlösung, welche das Minimum von Phagocytose zulasse, bei der Darstellung von Tuberkelsuspensionen aber eine 1,5%ige Kochsalzlösung verwandt, nur mit 100- oder 200-Millionen-Staphylokokken- (statt der früheren 500-Millionen-)Injektionen, bei Tuberkulose mit $^1/_{2000}$—$^1/_{6000}$ mg Tuberkulin begonnen werden u. a. m. Wenn die negative opsonische Phase, welche der ersten Inokulation folgt. eine intensive oder lange ausgedehnte ist, so mufs die Dosis vermindert werden; ist sie gar nicht vorhanden und die positive Phase nur wenig ausgesprochen, so mufs die Dosis erhöht werden. Mehr Aufmerksamkeit sollte auch der Stelle der Inokulation — subcutane Injektion gibt bessere Resultate wie intravenöse — geschenkt werden; Wright hat brillante Resultate gehabt, indem er die Injektionen distal von den dem erkrankten Herde zunächstliegenden Lymphdrüsen ausführte und

vermied, an derselben Stelle zu häufig zu injizieren. Als Allgemeingrundsatz kann Eberts nach seinen Erfahrungen bei Acne indurata, bei Impetigo und den Staphylokokkeninfektionen, besonders bei Furunkulose, wo die Erfolge glänzende waren, feststellen, dafs der erste Index die Prognose vollständig bestimmt; wenn er niedrig befunden wird, so ist die Bakterieneinimpfung beinahe mit Sicherheit erfolgreich.

Bakterieninjektionen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von Jay Frank Schamberg, Nathaniel Gildersleeve und Harlan Shoemaker-Philadelphia. Berichterstatter geben einen Bericht über all die einzelnen Fälle, welche sie nach dieser Methode behandelt haben. Die Häufigkeit und Dosierung der Inokulationen wurden in einigen Fällen nach dem opsonischen Index, in anderen nach den klinischen Erscheinungen allein bestimmt; bei ersterem Vorgehen schienen die Resultate besser zu sein. Es handelte sich um neun Fälle von Sykosis vulgaris, wovon einer völlig geheilt, zwei nicht gebessert, vier von Acne vulgaris, welche alle beinahe geheilt, drei von Furunkulose (teilweise geheilt, teilweise gebessert), von Psoriasis und Lupus erythematosus (unbestimmter Erfolg). Auch bei diesen Versuchen ergab sich, dafs die Methode bei Furunkulose mit mehr Konstanz günstige Resultate liefert, wie bei anderen Hautkrankheiten. Erwähnt sei noch, dafs bei der Mehrzahl der Impfungen autogene, d. i. von des Patienten eigenen Affektionen herstammende Kulturen angewandt wurden; es waren augenscheinlich die Resultate damit bessere wie bei Anwendung anderweitiger (eines Grundstockes von) Bakterienemulsionen. Als Technik wurde die von Wright so genau angegebene Methode befolgt. Beschreibung der einzelnen Fälle, welche zur Beurteilung der Methode nur mit dem Serum ohne weitere lokale oder allgemeine Behandlung — aufser späterhin bei den hartnäckigen und erfolglos behandelten — behandelt worden sind. Wenn die Opsonintherapie in ihren Grundzügen einmal feststeht, dann kann sie auch in Verbindung mit anderen Methoden, wie Radiotherapie, Stauungshyperämie, Phototherapie, mit Vorteil Verwendung finden.

Cytorrhyctes Variolae, der Organismus der Blattern, von Gary N. Calkins. C. unternimmt es, die verschiedenen Einwände, welche gegen die parasitäre Natur dieser bei Blattern gefundenen „Zelleneinschlüsse“ gemacht wurden, zu widerlegen. Er definiert diesen Mikroorganismus der Blattern als ein Rhizopodon, von welchem nur eine Entwicklungsphase, nämlich die asexuelle oder vegetative, erforscht ist. Diese ist charakterisiert durch Bildung von Chromidium und kleinen reproduktiven Sporen, welche den Cytoplasmazyklus wiederholen. Die intranukleären Formen gehören möglicherweise zu dem sexuellen Zyklus und dieser ist vielleicht ein verschiedener bei Variola und bei Vaccinia. Die vesikulären Formen möchte C. eher als Degenerationsarten des Organismus bezeichnen, indem die Degeneration durch Anhäufung von Toxinen, welche in der zusammenfallenden Pustel gefunden werden, hervorgerufen wird. Auf jeden Fall bieten die intranukleären Formen eine von den Cytoplasmaformen des Blatternkeimes verschiedene Entwicklungsgeschichte und bedürfte diese aber noch eingehenderer Forschung, am besten wohl am lebenden Organismus.

Sämtliche Arbeiten dieses Heftes sind die Wiedergabe von Vorträgen, welche auf dem VI. internationalen Dermatologenkongrefs zu New York (9.—11. September 1907) gehalten wurden. *Stern-München.*

The British Journal of Dermatology.

November 1907.

Herpes facialis bei Diphtherie, von J. D. Rolleston-Oreon. Das Vorkommen von Herpes facialis bei Diphtherie war schon seit langem von Sanné, Henoch u. a. festgestellt worden. Vorliegende Arbeit gründet sich auf 1370 Fälle bakteriologisch

festgestellter Diphtherie; Herpes labialis war in 55 Fällen = 4,01% vorhanden, meist nur auf die Lippen (42 Fälle) beschränkt, weniger häufig auch auf Wangen, Kinn und Nasenflügel ausgedehnt. Beide Geschlechter waren beinahe gleichmäfsig affiziert. Das Vorkommen von Herpes labialis in über 4% der Fälle beweist, dafs derselbe bei Diphtherie keineswegs selten ist, und spricht für die Ansicht von Dieulafoy und Cadet de Gassicourt, welche erklärten, ein Herpes labialis beweise nicht, dafs die begleitende Angina nicht diphtheritischer Natur sei. Obwohl Lähmung der Lippen bei Diphtherie gelegentlich vorkommt. R. beobachtete sie in 37=2,7% seiner Fälle, aber selten vor der sechsten Woche, so zeigte keiner der Fälle von Herpes labialis diese Komplikation. Für die Pathogenese des Herpes labialis und dessen Zusammenhang mit Diphtherie — vielleicht eine reflektorische Hauterscheinung, durch abnormen Reiz der Toxine verursacht? — kann Verfasser keine völlig befriedigende Erklärung finden.

Die Behandlung der Gefäfs-Mäler mit Radium, von L. Wickham und Degrais-Paris. (Spital St. Louis.) Die Fälle der Verfasser waren sehr verschieden an Intensität, und zwar vom oberflächlichen, flachen, portweinfarbigen bis zur angiomatösen Verdickung, welche die ganze Tiefe der Wange einnahm, oder eine erhabene Geschwulst auf ihr bildete. Die angewandten Instrumente waren flach, das Radiumsalz wurde auf die freie Oberfläche durch einen Firnifs befestigt, und die Strahlen, welche den letzteren durchdringen, wechseln an Stärke je nach der Menge und Wirksamkeit des enthaltenen Salzes und der Firnifsstärke. Die Strahlenwirkung, welche eine äufserliche genannt werden kann, wird durch spezielle Elektroskope genau berechnet, und der einzige praktisch wichtige Punkt ist, genau die für einen speziellen Grad äufserer Radiumwirkung zum gewünschten therapeutischen Effekt erforderliche Zeit festzustellen. Diese Radiumbehandlung hat zwei Hauptvorzüge, nämlich absolute Schmerzlosigkeit, was bei Kindern sehr ins Gewicht fällt, und Wiederherstellung des Gewebes, während bei Elektrolyse der Schmerz und die grofse Anzahl der benötigten Sitzungen die Behandlung ausgedehnter Naevi in hohem Mafse behindert.

Plasmazellen in adenoidem Gewebe, von L. H. Huie. Verfasser fand in seinen Nachuntersuchungen der Befunde von Pappenheim, Unna, Marschalko die Angaben des letzteren, wonach Plasmazellen in völlig normaler Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark vorhanden seien, zwar bestätigt, aber er fand sie nicht in den sogenannten Keimzentren und ferner viel zahlreicher im Lymphgewebe kranker als in dem gesunder Personen. Die Frage, die sich nun erhebt, ist, wo die Plasmazellen, welche in so reichlicher Menge in der Milz vieler kranker Individuen gefunden werden, ihren Ursprung nehmen. Für H. erscheint es nach seinen Befunden (an der Milz eines Hundes) nicht zweifelhaft, dafs sie durch Abstofsung von den Endothelien der Blutgefäfse entstehen, während er einen lymphocyten Charakter derselben völlig negieren möchte.

Dezember 1907.

Die Frage der tuberkulösen Natur des Lupus erythematosus, von J. L. Bunch. Diese schon so viel diskutierte Frage nimmt B. von einem neuen Standpunkte, nämlich des Tuberculo-opsonischen Index, auf und hat daraufhin zehn Fälle von Lupus erythematosus untersucht. Von diesen zeigten drei einen niedrigen Index, die übrigen sieben einen innerhalb normaler Grenzen befindlichen. Bei den obigen drei Fällen ergeben sich auch aus den übrigen Befunden Anhaltspunkte für Tuberkulose. Es steht also auch nach diesen Untersuchungen fest, dafs sicher bei einer Anzahl Fälle von Lupus erythematosus kein aktiver tuberkulöser Herd vorhanden ist und diese Hautaffektion an sich keinen Beweis für eine bei einem Patienten vorhandene Tuberkulose bildet. Die Theorie, dafs die Veränderungen bei Lupus erythematosus durch

Toxine, welche die Blutgefäfse verbreiten, verursacht sind, wird zwar durch die Tatsache gestützt, dass die Blutgefäfse die zuerst ergriffenen Organe sind und die mit dem Erythem verbundene Vasodilatation, eine direkte Wirkung dieser Toxine, ferner die Affektion eine symmetrisch auftretende ist, aber immerhin bleiben zur völlig befriedigenden Erklärung noch verschiedene Lücken, wie z. B. die Frage, warum die Wangen der Sitz dieses Hautleidens, die Verteilung desselben usw. Kurze Beschreibung der beobachteten zehn Fälle. *Stern-München.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)
1907. Nr. 10—11.

Das Heft enthält den zweiten Teil der Publikationen aus der dermatologischen Sektion des letzten Kongresses der polnischen Naturforscher und Ärzte.

1. **Über seltenere Formen der Hauttuberkulide,** von Anton Blumenfeld-Lemberg. Verfasser bespricht die selteneren Formen der Hauttuberkulide und kommt zu folgenden Schlüssen: Von allen Hauttuberkuliden besitzt die Folliclis die gröfste diagnostische Bedeutung; sie gestattet uns, die Diagnose der Tuberkulose in Fällen zu stellen, wo auch die sogenannte klinische Untersuchung keine Tuberkulose der inneren Organe festzustellen vermag. — Das Erythema induratum Bazin gehört teilweise zum Scrophuloderma, teilweise ist es mit Folliclis identisch. — Es existieren keine genügenden Gründe, um das Angiokeratoma Mibelli zu den Hauttuberkuliden zu rechnen.

2. **Über Atrophia cutis idiopathica,** von Felix Malinowski-Warschau. Eingehende Beschreibung von fünf vom Verfasser beobachteten Fällen von Atrophia cutis idiopathica. In drei Fällen wurde die Hautatrophie von öfters rezidivierenden Entzündungserscheinungen begleitet, die dem Prozesse auch vorangegangen waren; in einem Falle ging der Atrophie ein lange Jahre dauernder Hautausschlag, vermutlich eine Urticaria, voraus. Als Ursache der Hautatrophie werden von den Kranken meistens starke seelische Schmerzen angegeben; in einem Falle schien die Affektion auf hereditärer Basis zu beruhen. In einzelnen Fällen konnte das symmetrische Auftreten der Hautatrophie auf beiden Körperhälften beobachtet werden. Subjektive Beschwerden traten nur in den Fällen auf, denen keine Hautinfiltrationen vorausgegangen waren; sie bestanden in heftigem Jucken während der Atrophie oder vor Entwicklung derselben. Als Lieblingsstellen für die Lokalisation der Atrophien zeigten sich die Oberfläche der Streckmuskeln, besonders auf der dorsalen Seite der Hände und Füfse. Der Prozefs breitet sich meistens exzentrisch, und zwar sehr langsam, aus. Nur in einem Falle war die Atrophie mit Sklerodermie kompliziert.

Von den beschriebenen fünf Fällen gehören drei zu der diffusen idiopathischen Hautatrophie, zwei andere zum Typus Buchwald-Pospelow. In einem Falle konnte Verfasser ziemlich begrenzte schuppende Infiltrate beobachten, welche an die unter so vielen Namen bekannte Atrophia cutis maculosa (Heuss) erinnern; sie traten immer gleichzeitig mit der fortschreitenden Atrophie auf. Die histologische Untersuchung der drei Fälle ergab, dafs der Prozefs überall ziemlich gleichförmig als chronische Entzündung auftritt. Er beginnt mit kleinzelligem Infiltrat, hauptsächlich im Verlauf der Gefäfse, und endet mit Vernarbung; mit dem Fortschreiten der Vernarbung verdünnt sich die Haut (Atrophia fibrosa). Die Entzündung kommt zuerst in der Papillarschicht zum Vorschein, um dann die tieferliegenden Schichten anzugreifen. In den deutlich vernarbten Stellen fehlen fast gänzlich die elastischen Fasern, die Drüsen und die Haarbälge; die glatte Muskulatur hypertrophiert anfangs und fällt erst später der Atrophie anheim.

Als Ursache der Atrophie ist Verfasser mit anderen Autoren vasomotorische Störungen anzunehmen geneigt.

In zwei Fällen wurde nach Darreichung von Brom und Arsenik mit Eisen vorübergehende wesentliche Besserung erzielt.

3. **Über Verfertigung der Moulagen von Hautkrankheiten,** von Fryderyk Mahl (junior)-Lemberg. Verfasser beschäftigt sich seit längerer Zeit an der dermatologischen Klinik von Lukasiewicz in Lemberg mit Verfertigung von Moulagen und beschreibt uns der Reihe nach die einzelnen Prozeduren derselben. Der Gips mufs fett, d. h. frisch gebrannt und fein pulverisiert sein und trocken aufbewahrt werden. — Die Wachsmasse stellt ein Gewicht des weifsen Wachses mit Paraffin und Stearin im Verhältnis von etwa 16 : 2 : 1. Das Schmelzen des Wachses geschieht im Wasserbade. — Als Färbemittel dienen ausschliefslich mineralische Ölfarben; sie werden mittels Borstenpinsel aufgetragen, mit Terpentin gelöst, mit Alkohol weggewaschen. Zur Verdickung der Farbe wird etwas Paraffin, in Terpentin oder Chloroform gelöst, zugesetzt.

Zur Gewinnung der Form (Negativs) wird die zu reproduzierende Hautpartie gut eingeölt und mit feuchten Kompressen so umgeben, dafs sie die seitlichen Wände einer Form vorstellen, deren Boden das Hautstück bildet und in welche die halbflüssige Gipsmasse eingegossen wird; nach 10—15 Minuten erstarrt dieselbe und das Negativ ist fertig. Nun wird die im Wasserbade zusammengeschmolzene Wachsmasse, der bereits der gewünschte Farbenton beigebracht wird, in die leicht erwärmte, eingeölte und mit Kompressen umgebene Gipsform schichtweise eingegossen und in derselben gleichmäfsig verteilt. Nach etwa zehn Minuten wird die Wachsmasse genügend hart und aus der Form vorsichtig in Wasser von 25° C zur allmählichen Abkühlung übertragen.

Den zweiten Teil der Arbeit bildet das eventuelle Bemalen der Moulagen und die sorgfältige Reproduktion etwa vorhandener einzelner Schuppen, Blasen, Pusteln und dergleichen. Statt die Farbe mittels Pinsel auf die Moulagenoberfläche aufzutragen, wendet Verfasser mit Vorliebe ein eigenes Verfahren an. Die zu bemalende Moulagenstelle wird von unten mittels eines heifsgemachten scharfen Löffels bis zum Durchsichtigwerden ausgehobelt, dann mit der passenden Farbe untersetzt und zum Schlufs mit Wachs wiedergefüllt. Auf diese Weise bleibt einerseits die Plastik und die Zeichnung der Moulagenoberfläche unangetastet, andererseits kann die Farbe nicht weggewischt werden. — Zur Reproduktion der Blasen dienen verschiedene Methoden. Bei kleineren Bläschen wird die Oberfläche der Moulagen mit einem glühenden Drahte berührt und gleichzeitig unter dieselbe Stelle mittels der Nadel einer Spritze ein Tropfen einer Glycerin-Ricinusölmischung eingebracht; die erhitzte Wachsmasse erstarrt über diesem Tropfen und bildet eine Perle, die dem Bläschen täuschend ähnlich ist. Auch bei gröfseren Blasen, deren Konturen direkt durch das Negativ reproduziert werden, findet die Glycerin-Ricinusmischung Verwendung.

4. **Bemerkungen zur Frage der Besserung der gegenwärtigen Prostitutionsverhältnisse,** von Grzegorz Turzanski - Jaroslau. Nach einem kurzen historischen Rückblick auf die Entwicklung des Sexuallebens und der Prostitutionsverhältnisse schildert Verfasser den gegenwärtigen Stand der letzteren mit besonderer Berücksichtigung der in Galizien herrschenden Gesetze und Gebräuche. Verfasser steht auf dem Standpunkte der Reglementierung, verlangt aber eine weitgehende Reform der gegenwärtig üblichen Überwachung der Prostituierten. In erster Linie soll die Errichtung und die Administration der Bordelle gesetzmäfsig geregelt werden, wobei insbesondere die hygienischen Verhältnisse, die Ernährung der Prostituierten, die materiellen Verhältnisse derselben zu den Besitzern oder Leitern der Bordelle berück-

sichtigt werden müssen. Vom Einkommen der Prostituierten soll ein kleiner Beitrag für die Altersversicherung derselben abgezogen werden; in beschäftigungsfreier Zeit sollten in den Bordellen Unterrichtsstunden in verschiedenen Gewerben zwangsweise eingeführt werden. — Die heimliche Prostitution mufs mit allen Mitteln energisch bekämpft werden.

Die ärztliche Kontrolle und die Behandlung der Prostituierten mufs gründlich geändert werden. Die Behandlungszeit in den Spitälern, sowohl für Tripper wie für Syphilis, ist viel zu gering. Allen Prostituierten im latenten Stadium der Krankheit soll die Ausübung der Prostitution untersagt werden, und sie wären für diese Zeit in neben den Krankenhäusern einzurichtenden Asylen unterzubringen, wo sie sich mit irgendeinem Gewerbe beschäftigen könnten. Solange diese Mafsregel nicht eingeführt werden kann, möchte Verfasser nach dem Vorschlag von Finger alle latent-syphilitischen Prostituierten jeden zweiten Tag untersuchen und nach der chronisch-intermittierenden Methode antiluetisch behandeln lassen.

Die zur Untersuchung der Prostituierten bestimmten Lokalitäten sollen jedweden polizeilichen Charakters entbehren. Die Zahl der untersuchenden Ärzte soll entsprechend vermehrt werden; den Ärzten soll eine leitende Rolle in der Handhabung der Kontrolle überlassen werden; die Hilfe der Polizei soll eine möglichst beschränkte sein und die dazu verwendbaren Polizeiorgane sollen aus entsprechend gebildeten, taktvollen und gut bezahlten Leuten bestehen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

November 1907. Band XIV.

I. **Angina trichomycetica (s. streptotrichotica), eine syphilitische Rachenaffektion vortäuschend**, von Selenew. Beschreibung zweier Fälle von Angina, die grofse Ähnlichkeit mit papulöser Angina hatten und von den Ärzten auch als solche aufgefafst und behandelt worden waren. In beiden Fällen handelte es sich um eine einseitige, durch Röte und Infiltration ausgezeichnete Angina, die in dem einen Fall auch von einer Schwellung der Unterkieferdrüsen auf der betreffenden Seite begleitet wurde. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde in beiden Fällen ein Parasit gefunden, welcher aus Rasen von kokken- und stäbchenartigen Gebilden bestand und Fäden aussandte, die zwischen den Epithelzellen wucherten. Morphologisch hatte man es somit mit einem Pilz zu tun, welcher zur Gruppe der Trichomyceten gehört, und zwar seiner haarförmigen Verzweigungen wegen zum Typus Streptothrix, welcher nach Cohn echte Verzweigungen gibt. Denselben Streptothrix hat Selenew auch im Inhalt der Pusteln bei zwei Fällen von Dermatitis papillaris capillitii Kaposi gefunden.

Was nun aber die Angina trichomycetica anbetrifft, so unterscheidet sie sich von der syphilitischen durch eine stärkere lokale Reaktion bei fehlenden Belägen und fehlenden Veränderungen auf der Haut. Die Heilung der Angina erfolgte unter Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd und Pinselungen mit Jodglycerin.

II. **Atoxyl zur Syphilisbehandlung**, von Eudokimow. Ein Sammelreferat.

III. **Über Arhovin**, von E. R. W. Frank-Berlin. Die Arbeit ist bereits referiert worden in diesen *Monatsheften* (1906. Bd. 43, S. 606).

IV. **Die venerischen Krankheiten in der russischen Armee in der Zeit von 1891—1900**, von Sobolewski. Verfasser hat den Versuch angestellt, auf Grund der jährlich von dem militär-medizinischen Hauptamt herausgegebenen Berichte ein ungefähres Bild über das Vorkommen der venerischen Krankheiten in der russischen Armee für die Zeit von 1891—1900 zu entwerfen. Freilich gibt er zu, dafs seine

ausführliche, durch viele Tabellen ausgezeichnete Arbeit ungenau ist, da sie verschiedene Fehlerquellen aufweist, wie z. B. vorwiegend nur die Soldaten, aber nicht auch die Offiziere berücksichtigt, und ferner ein und dieselbe Person bei wiederholter Krankheit mehrfach zählt. Immerhin ist aber dennoch dieser mehr oder weniger erste Versuch auf diesem Gebiet freudig zu begrüfsen. Es erkrankten nach Verfasser in der russischen Armee in dem genannten Jahrzehnt durchschnittlich jährlich an venerischen Krankheiten 39%, und zwar:

an Tripper	20,1 %
„ weichem Schanker	6,58%
„ hartem „	2,68%
„ sekundärer und tertiärer Syphilis	9,6 %

Unter den harten Schankern sind 0,8% extragenitale.

Die durchschnittliche monatliche Erkrankungsziffer beträgt 3,1%. Dieser Durchschnitt wird in den Monaten Januar, Mai, November und Dezember bedeutend überstiegen, was seine Erklärung findet durch die Aufnahme der Rekruten im November, welche sich vielfach noch kurz vor Antritt der Wehrpflicht infizieren, wie durch das Weihnachts- und Osterfest, wo den Soldaten gröfsere Freiheiten gewährt werden. Geringer als der Durchschnitt ist die Erkrankungsziffer im März und September, in letzterem Monat veranlafst durch den Austritt der ihre Dienstzeit absolviert habenden Soldaten aus dem Militär.

Grofsen Verschiedenheiten ist die Erkrankungsziffer in den verschiedenen Militärbezirken unterworfen. Sie beträgt nämlich:

1. im sibirischen Militärbezirk	106,8%
2. „ Kasanschen „	87,7%
3. „ Gebiet der Donschen Kosaken	67,4%
4. auf der Halbinsel Kwantun	46,4%
5. im Militärbezirk Odessa	45,7%
6. „ Moskauschen Militärbezirk	44,3%
7. „ Kiewschen „	40,8%
8. in den Teilen der Regimenter, welche zu keinem Militärbezirk gehören	39,3%
9. im Wilnaschen Militärbezirk	38,4%
10. „ Turkestanschen „	37,2%
11. „ Warschauschen „	35,8%
12. „ Petersburger „	29,7%
13. „ Kaukasischen „	25,5%
14. „ Amurschen „	25,0%
15. „ Finnländischen „	20,8%

Als Ursachen der häufigen Erkrankungen werden vom Verfasser genannt die ungenügende ärztliche Kontrolle über die Prostituierten, speziell über die geheimen, welche sich gern in der Nähe der Kasernen und im Sommer in der Nähe des Lagers niederlassen, wie die ungenügende Aufsicht über die Burschen und die Schreiber unter den Soldaten. Endlich bringen die Rekruten verschiedene venerische Krankheiten mit.

Dezember 1907. Band XIV.

I. **Über die diagnostische Bedeutung des Tuberkulins („Tuberculin-test") bei den tuberkulösen Erkrankungen der Haut,** von Pospelow. Diese Arbeit, welche zunächst eine literarische Übersicht bringt und dann über die eigenen vom Verfasser in seiner Klinik mit dem französischen Präparat „Tuberculin-test" angestellten Versuche berichtet, wurde von ihm am 9. November 1907 in der Moskauer

venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgetragen und ist schon in diesen *Monatsheften* referiert worden (1907. Bd. 45, S. 611).[1] Es sei daher nur der Schlufspassus der Arbeit hervorgehoben, welcher lautet: „Ich gestatte mir nur die Tatsache zu verzeichnen, dafs die Tuberkulinreaktion in unseren fünf Fällen von Hauttuberkulose deutlich ausgesprochen war, besonders bei Kranken mit tuberkulösen Geschwüren der Nase, und dafs bei allen übrigen nichttuberkulösen Kranken die Tuberkulinreaktion ganz ausblieb."

II. **Zur Frage der diagnostischen Bedeutung der neuen Tuberkuline: „Test-Tuberkulin" und „Tuberculose diagnosticum Hoechst"**, von Selenew und Kudisch. Die von den Verfassern in 17 Fällen mit dem Tuberculin-test, welches sie aber Test-Tuberkulin zu nennen vorschlagen, und in 13 Fällen mit dem Präparat Tuberculose diagnosticum Hoechst angestellten Versuche führten sie zu folgenden Schlüssen:

1. In der Ophthalmoreaktion des Test-Tuberkulins wie des Tuberculose diagnosticum Hoechst haben wir eine unzweifelhafte, schnell, bequem und sicher wirkende Methode zur Diagnose von Haut-, innerer und Knochentuberkulose.

2. Das Tuberculose diagnosticum ruft eine stärkere und sicherere Ophthalmoreaktion hervor als das Test-Tuberkulin.

3. Das Test-Tuberkulin verlangt zuweilen eine Wiederholung des Versuches zur Erzielung einer positiven Reaktion.

4. Leichte Konjunktivitiden bilden keine Kontraindikation zur Anwendung des Tuberkulins, da bei Anwendung des deutschen Tuberkulins, wenigstens in unseren Fällen, keine stärkere Reaktion erfolgte als bei gesunden Augen und da die Reaktion ohne unangenehme Zufälle ablief.

5. Unter den Hautkrankheiten gaben:
   a) eine positive Reaktion: Lupus pernio, Lupus vulgaris, Prurigo, Tuberculosis verrucosa cutis, Lupus erythematodes, Ekzema chronicum manuum, Pityriasis versicolor, Lepra und
   b) ein negatives Resultat: Lupus-Lues, Lupus erythematodes (geringe Infiltration an der Peripherie).

6. Ein kachektischer Zustand des tuberkulösen Kranken wirkt ungünstig auf die Reaktion ein, aber die Reaktion kann dennoch zustande kommen.

7. Die tuberkulösen Knochenerkrankungen geben eine positive Reaktion.

8. Die Tuberkulose der inneren Organe gibt anscheinend eine positive Reaktion (auch in Fällen von schwachen objektiven Symptomen).

9. Die Hautreaktion ist gleichfalls bei dem Tuberculose diagnosticum Hoechst stärker.

10. Da die Tuberkulinreaktion bei verschiedenen Formen der inneren Tuberkulose zustande kommt, so ist es zur Beurteilung der Bedeutung der Tuberkulinreaktion für die Erkrankung spezieller Organe (Auge, Ohr, Nase, Haut usw.) notwendig, zuerst das Vorhandensein einer inneren Tuberkulose auszuschliefsen.

III. **Ein Fall von syphilitischer Bronchitis**, von Rudnitzki-Charkow. Bei einer 37jährigen Frau trat eine sehr hartnäckige Bronchitis mit sehr starker Atemnot auf. Die letztere legte den Gedanken an eine gummöse Bronchitis nahe, da sich bei Sputumuntersuchung keine für Tuberkulose resp. Influenza resp. Asthma bronchiale sprechenden Bazillen oder Charcot-Leydenschen Kristalle in genügender Menge vorfanden. Anamnestisch liefs sich nichts von Lues nachweisen, aber zwei Totgeburten

[1] Durch ein bedauerliches Versehen heifst es fälschlich in meinem Referat „Testsches Tuberkulin" anstatt „Tuberculin-test".

unter neun Geburten, wobei nur drei Kinder am Leben geblieben sind, bestärkten weiter den Verdacht. Eine gemischte Kur führte alsbald zu einem so vorzüglichen therapeutischen Resultat, dafs an der Diagnose nicht weiter gezweifelt werden konnte.

IV. **Ein Fall von ungewöhnlich langer Inkubationsdauer beim Tripper,** von MIROPOLSKI - Saratow. Die Inkubationsdauer betrug 19 Tage und dürfte nach Ansicht des Verfassers ihre Erklärung finden in einer Anomalie der Harnröhrenmündung. Dieselbe war nämlich durch eine Brücke in zwei Hälften geteilt, von denen die eine blind endete, wo sich wahrscheinlich die Gonokokken eine Zeitlang versteckt gehalten haben dürften. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Atlas der ätiologischen und experimentellen Syphilisforschung, mit Unterstützung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft herausgegeben von ERICH HOFFMANN-Berlin. (Julius Springer, Berlin 1908.) Dieser Atlas ist den Manen FRITZ SCHAUDINNS gewidmet und anknüpfend an die epochemachende Entdeckung des leider so früh Verstorbenen wird in ihm zusammengefafst, was von einer grofsen Anzahl von Forschern in den seit der Entdeckung des Syphiliserregers verflossenen beiden Jahren zur Klärung der Ätiologie der Syphilis beigetragen ist.

Die ersten sieben Tafeln des HOFFMANNschen Atlas sind Reproduktionen von Bildern des Tiermalers LANDSBERG und bringen in überaus deutlicher Weise die syphilitischen Erscheinungen geimpfter Tiere, vorzugsweise Affen, zum Ausdruck. Tafel I zeigt den Primäraffekt jenes Affen, an welchem METSCHNIKOFF und ROUX zum ersten Male die Übertragung des syphilitischen Virus gelang. Besonders hervorzuheben aus der Reihe dieser schönen Tafeln ist die Serie von fünf Abbildungen, welche das Entstehen, den Höhepunkt und die Abheilung der experimentellen Syphilis eines Affen zeigen, den HOFFMANN ein ganzes Jahr hindurch beobachtete.

Auf Tafel 9 bis 11 sind Ausstrichpräparate von Spirochaeta pallida zur Darstellung gebracht aus einem geschlossenen Primäraffekt, aus dem Punktat luetischer Drüsen, dem Sekret einer nässenden Papel, aus der Leber eines kongenital-syphilitischen Kindes und aus dem Primäraffekt und der Papel von Affen, welche mit vom Menschen stammenden syphilitischen Virus geimpft waren.

Tafel 12, 13 und 14 sind der Darstellung anderer Spirochäten gewidmet, die zum Teil auch für die Praxis differentialdiagnostisch in Betracht kommen.

Auf den folgenden 15 Tafeln sind Schnittpräparate, die Spirochäten enthalten, abgebildet. Zunächst auf Tafel 15 und 16 schöne Präparate von HOFFMANN, eins zeigt Spirochäten im Primäraffekt, das andere Spirochäten in den abführenden Lymphbahnen. Es folgen die Spirochätenbefunde in den verschiedenen Organen Erwachsener, in der Blutbahn, in den Nervenscheiden, den verschiedenen luetischen Effloreszenzen der Haut, den Nebennieren, den Arterienwandungen bei Endarteriitis syphilitica. Hieran schliefsen sich die Abbildungen von spirochätenhaltigen Schnittpräparaten der Organe bei hereditärer Syphilis: Spirochäten im Sinne des Bronchus nach GIERKES schönen Präparaten, in der Leber, im Pankreas, in der Niere, Nebenniere, Darm- und Magenwand, im Periost und Markraum des Knochens, in der Pemphigusblase, im Schweifsdrüsenlumen, im Hoden und Ovar, in der Cornea, dem Nervus opticus, dem Herzmuskel, der Nabelvene, der Placenta.

Tafel 28 und 29 zeigen andere Spirochäten in Schnittflächen: Spirochaeta refringens, Spirochaeta balanitidis, Spirochäten beim Ulcus gangraenosum, bei Gangraena pulmonis, Spirochaeta Obermeieri in der Leber, Spirochaeta gallinatum. Tafel 30 endlich gibt Schnitte wieder einer Initialsklerose beim Affen und der Cornea eines mit syphilitischem Virus geimpften Kaninchens.

Die vier letzten Tafeln sind Reproduktionen nach Mikrophotographien. Tafel 31 und 32 stammen aus dem Nachlaſs Schaudinns und zeigen isolierte Exemplare von Spirochaeta pallida und anderer Spirochäten mit den für sie charakteristischen Eigenschaften. Tafel 33 und 34 sind Reproduktionen nach Originalen anderer Autoren und geben die in voraufgegangenen Tafeln gezeichneten Befunde nochmals photographisch treu wieder.

Die Aufgabe, die sich Hoffmanm mit seinem Atlas gestellt hat: einen Überblick zu geben über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnis von der Spirochaeta pallida und ihrer ätiologischen Beziehung zur Syphilis, ist als vollkommen gelöst anzusehen, namentlich auch deshalb, weil der Herausgeber sich nicht darauf beschränkt hat, nur eigene Präparate zur Abbildung zu bringen, sondern auch zahlreiche Präparate anderer auf diesem Gebiet tätiger Forscher. Die Form des Werkes als Atlas ist eine recht glücklich gewählte, da es nur auf diese Weise möglich ist, so knapp und anschaulich die Resultate jener ungeheuren Arbeit zusammenzufassen, die mit der Entdeckung Schaudinns von allen jenen geleistet ist, die auf den von ihm gewiesenen Wegen weiterforschend Licht in die dunkle Frage nach dem Syphiliserreger zu bringen suchen.

Karl Unna-Hamburg.

Schulhygienisches Taschenbuch, herausgegeben von Moritz Fürst und Ernst Pfeiffer-Hamburg. (Leopold Voſs, Hamburg und Leipzig 1907.) In Deutschland ist das Interesse für Schulhygiene in den letzten Jahren erfreulicherweise sehr gewachsen; zahlreiche Städte haben bereits Schulärzte angestellt und die noch widerstrebenden werden wohl bald nachkommen. Natürlich ist auch die einschlägige Literatur schon recht groſs geworden; ein schulhygienisches Taschenbuch existierte aber bisher nicht, und sein Fehlen wurde nicht nur von den Herausgebern des vorliegenden Werkes oft lebhaft empfunden. Jeder, der sich mit Schulgesundheitspflege beschäftigt, wird daher das Erscheinen des Buches mit Freude begrüſsen, und jeder, der es liest, wird sich überzeugen, daſs sein Inhalt, der aus 44 von verschiedenen Autoren verfaſsten Aufsätzen besteht, eine vorzügliche Orientierung in den verschiedenen Sparten der Schulhygiene ermöglicht; ist doch auch jedes Kapitel von einem ganz speziellen Kenner der betreffenden Materie bearbeitet. Die Herausgeber beabsichtigten, mit ihrem Taschenbuch ein spezielles Bedürfnis der Schulärzte und Lehrer zu befriedigen; das Werk wird aber sicher in viel weiteren ärztlichen und nichtärztlichen Kreisen Verbreitung finden. *Götz-München.*

Dermatologischer Jahresbericht. Unter Mitwirkung von Fachgenossen und in Verbindung mit W. Tamms herausgegeben von O. Lassar. Erster Jahrgang: Über das Jahr 1905. (J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1907.) Daſs Lassar ein weitgehendes Verständnis für dringende Tagesfragen besaſs, ist bekannt, und daher wurde gerade von ihm, dem Manne der praktischen Tat, die Abfassung des vorliegenden Werkes angeregt. Es hat bisher noch keinen umfassenden Jahresbericht in der Dermatologie gegeben, obgleich schon lange ein dringendes Bedürfnis dafür vorhanden war, und diesem ist nun durch Herausgabe des dermatologischen Jahresberichtes in idealer Weise Abhilfe geschaffen. Es ist dem organisatorischen Talente Lassars unter eifriger Mitwirkung Tamms gelungen, eine groſse Anzahl altbekannter autoritativer, aber nicht minder auch jüngerer eifriger Kräfte zu gemeinsamer Mitarbeit an dem Jahresbericht zu vereinen. Eine besonders glückliche Idee war es, den Bericht auch auf das Gebiet

der Krankheiten der Geschlechtssphäre auszudehnen; denn fast jeder Dermatologe beschäftigt sich ja auch mit diesem Fache. Irgendwie näher auf den Inhalt des Jahresberichtes einzugehen, ist an dieser Stelle nicht möglich, da er sich ja selbst aus Referaten zusammensetzt.

Es kann nur allgemein gesagt werden, dafs der Plan, einen Überblick über die Gesamtliteratur unseres Faches zu bieten, in ausgezeichneter Weise verwirklicht ist, so dafs die Anschaffung des Werkes nicht nur jedem Fachgenossen empfohlen, sondern sogar als eine Notwendigkeit erachtet werden kann. *Hensel-Hamburg.*

Medizinalkalender für das Jahr 1908. (August Hirschwald, Berlin 1908.) Alle Freunde dieses vorzüglichen und unentbehrlichen Taschenbuches und Nachschlagewerkes seien auf das Erscheinen der neuen Auflage aufmerksam gemacht. Ihm noch empfehlende Worte als Geleit mitzugeben, hiefse Eulen nach Athen tragen. *P. Taenzer-Bremen.*

Keratosis pilaris und Keratosis spinulosa; klinische und histologische Untersuchungen. Antrittsvorlesung von Privatdozent Dr. Piccardi. (Turin 1906.) In dieser seiner ausführlichen Abhandlung beschreibt der Verfasser die beiden Affektionen, die er zwar für sehr ähnlich, jedoch in gewissen Punkten verschieden hält. So kennzeichnet sich die letztere hauptsächlich dadurch, dafs die Kerne in den Zellen, welche die hyperkeratotischen Schichten bilden, stets erhalten bleiben, während sie bei der Keratosis pilaris und anderen ähnlichen Dermatosen meist gänzlich fehlen Sehr häufig findet man übrigens die beiden Krankheiten miteinander vergesellschaftet so zwar, dafs die Keratosis die primäre Affektion darstellt, wie übrigens auch noch bei anderen Dermatosen (Pityriasis rubra pilaris, Lichen ruber, Darierssche Krankheit, Keratosis follicularis von Brooke) das Auftreten der charakteristischen Spinulae beobachtet wird, stets als sekundäre Erscheinung. Histologisch kennzeichnet sich die Keratosis spinulosa (welche von Salinier vorgeschlagene Bezeichnung Verfasser anderen vorzieht) durch eine Hyperkeratose des Infundibulums und Halses, zuweilen auch der darunter liegenden Partien des Follikels, die zur Bildung von Hornmassen führt; diese letzteren erheben sich über die umgebende und anderweitig unveränderte Epidermis in Gestalt von kleinen Dornen. Die Haarpapille und die zwischen ihr und dem Follikelhalse befindliche Partie sind atrophisch und fehlen öfters ganz. Die Haare innerhalb des befallenen Follikels fehlen häufig oder sind mindestens atrophisch und farblos. Die Talgdrüsen fehlen meist ganz oder befinden sich in einem embryonalen Zustande. Der perifollikuläre Entzündungsprozefs ist meist weniger intensiv als bei der Keratosis pilaris. Bei den Mischformen von Keratosis pilaris und spinulosa herrschen die histologischen Merkmale der ersteren vor. Die kontagiöse Natur der Affektion ist keineswegs erwiesen. Therapeutisch haben sich die Teerpräparate und pseziell das Oleum cadini am meisten bewährt. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Über die krebsige Degeneration von Brandnarben, von Emile Ruchaud. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 34.) *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung des Krebses, von L. Drage-Hatfield. (*Lancet.* 7. Sept. 1907.) Verfasser hat bei früherer Gelegenheit Angaben gemacht über die subcutane Verab-

reichung von Kumarinsalzen, zimmtsaurem Natrium und einem Mittel, Tylmarin genannt, bei Krebs. Er berichtet jetzt über einige Fälle von zum Teil inoperablen Carcinomen, welche bei dieser Behandlung teils grofse Erleichterung, teils anscheinende Heilung erzielten. Die vorliegende Mitteilung kann nicht als durchaus beweiskräftig bezeichnet werden, wenn auch die Möglichkeit eines günstigen Einflusses gewisser chemischer Verbindungen und der Richtigkeit der D.schen Beobachtungen nicht ohne weiteres in Abrede zu stellen ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Krebs und Röntgenstrahlen, von Robert Bernhardt. (*Gazeta lekarska.* 1907. Nr. 23.) Verfasser wendet sich gegen die ab und zu noch immer vorgebrachte Beschuldigung der Röntgenstrahlen, dafs sie die Entstehung der Carcinome vermehren. Die diesbezüglich bekannten Fälle teilt Verfasser in zwei Gruppen: 1. Krebse bei Leuten, die sich gewerbsmäfsig mit X-Strahlen beschäftigten, und 2. bei Patienten, bei welchen sie zur Beseitigung anderer Leiden, vorwiegend des Lupus, angewendet waren. Was die Fälle der ersten Gruppe anbelangt, beweisen sie nur, dafs eine unvorsichtige Anwendung der X-Strahlen eine Dermatitis mit nachfolgenden Narben sehr leicht hervorzurufen vermag. Dafs solche Dermatitiden einen Ausgangspunkt für Krebsbildung geben können, kann uns desto weniger wundern, als sich Carcinome bekanntlich nach physisch-chemischen Einwirkungen einzustellen pflegen. Die zu energische Anwendung der X-Strahlen kann demnach die eventuelle Bildung eines Carcinoms begünstigen, darf aber keineswegs für Ursache desselben erklärt werden. — Die Fälle von Lupösen, bei denen nach Röntgentherapie Carcinome entstehen, dürfen absolut nicht als Beweis dafür betrachtet werden, dafs die Krebse durch X-Strahlen hervorgerufen werden; es ist ja genügend bekannt, dafs auch ohne Anwendung der Röntgenstrahlen sich leider zu oft Carcinome auf dem Boden eines Lupus einstellen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Röntgentherapie carcinomatöser Hauterkrankungen, von Hermann Weik-Breslau. (*Zeitschr. f. Elektrotherapie.* 1906. Heft 4.) W. fafst die an dem Material der Breslauer Hautklinik gesammelten Erfahrungen zusammen. Berechtigt ist die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen bei inoperablen Fällen und solchen kleineren Hautcarcinomen, wo Metastasen fehlen. Rezidive, die leider häufig auftreten, lassen sich meist rasch beseitigen. Die erforderliche Röntgendosis wurde meist auf zwei bis drei aufeinanderfolgende Sitzungen verteilt. Von 26 Fällen werden neun als geheilt bezeichnet mit allerdings kurzer Heilungsdauer. In einem Fall von ulceriertem inoperablem Mammacarcinom wurde in vier Monaten ein fast kompletter Verschlufs der über handtellergrofsen Ulceration erzielt. Sehr gut bewährte sich auch hier die Verbindung von kleiner Chirurgie mit Röntgenbehandlung: Abtragen des Randes der Tumorpartien mit dem Skalpell bezw. Rasiermesser und nachfolgender Kauterisierung im Ätherrausch oder mit Schleichscher Anästhesie.

Eine Ausnahme in ihrem Verhalten gegen Röntgenstrahlen machen gewisse maligne Fälle, die bei kurzem Bestand schon ziemlich umfangreiche, meist ulcerierte Neubildungen mit steil abfallenden derben Rändern darstellen und einen ausgesprochenen progredienten Charakter haben. *Arthur Schucht-Danzig.*

Einige Bemerkungen zur Röntgentherapie der Hautcarcinome, von K. Herxheimer. (*Zeitschr. f. Krebsforschung.* Bd. 5.) Die Röntgenstrahlen sind ein Heilmittel gegen den Hautkrebs. Dieser Satz erleidet eine Anzahl Einschränkungen:

1. Es scheint manchmal vorzukommen, dafs der im Tumor durch die Wirkung der Strahlen gesetzte Defekt durch Wucherungen nach anderer Richtung ausgeglichen wird. Bei einem Ca. der Inguinalfaltenhaut einer Frau fing der Tumor in demselben Moment an, nach beiden Seiten zu wachsen, als er im Zentrum zurückging.

2. Es gibt Hautkrebse, die auf die besprochene Therapie anfangs gut reagieren,

bis dann die Wirkung versagt und ein Stillstand eintritt. H. glaubt, dafs in solchen Fällen eine Angewöhnung eingetreten ist, die eine Analogie in der Angewöhnung anderer rein chemischer Mittel findet.

3. In selteneren Fällen tritt sogar eine Anregung der Wucherung durch die Röntgenstrahlen ein.

Bei Schleimhautcarcinomen werden Heilungen in gleicher Weise beobachtet.

Arthur Schucht-Danzig.

Das Carcinoma sarcomatodes, von Heinrich Lippmann. (Inaug.-Dissert. Halle-Wittenberg 1907.) Die wissenschaftlich sehr wertvolle Arbeit mufs im Original nachgesehen werden. Verfasser schliefst mit folgendem Satz: Bei strengsten Anforderungen werden wir zu dem morphologisch gut charakterisierten Carcinoma sarcomatodes nur die Geschwülste zählen, die absolut gleichmäfsige Beteiligung beider Geschwulstkomponenten sowohl im Primärtumor wie im allgemeinen Metastasen zeigen. Der Arbeit sind aufser einem 63 Nummern umfassenden Literaturverzeichnis vier Tabellen beigegeben:

Tab. 1 (drei Fälle). Tumoren mit gleichzeitiger Entstehung des carcinomatösen und sarkomatösen Geschwulstteiles.

Tab. 2 (fünf Fälle). Tumoren mit sekundärer sarkomatöser Entartung des Stroma einer carcinomatösen Geschwulst.

Tab. 3 (acht Fälle). Sichere Carcinomata sarcomatodes, in denen über die Entstehung nichts festzustellen.

Tab. 4 (sechs Fälle). Fälle, in denen ein Carcinoma sarcomatodes durch Ineinanderwuchern eines Carcinoms und eines Sarkoms desselben Organs vorgetäuscht wurde.

Fritz Loeb-München.

Zur Behandlung des Lidcarcinoms mittels Röntgenstrahlen, von Edmond Auguste Boissière. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 46.) *Fritz Loeb-München.*

Das Epitheliom des Handrückens, von Gustave Bouche. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 396.) *Fritz Loeb-München.*

Die Radiotherapie der Haut- und Schleimhautepitheliome, von Louis Laureau. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 420.) *Fritz Loeb-München.*

Über Epitheliom des Gesichts und Radiotherapie, von Henri Nancel-Penard. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 171.) *Fritz Loeb-München.*

Multiples Hämoangioepitheliomatom der Haut mit multiplen Veränderungen des Knochengerüstes, von Radaeli. (*Lo Sperimentale.* 1907. Nr. 5.) Der Fall betrifft ein zehnjähriges Kind, bei dem sich an sämtlichen Fingern beider Hände sowie an anderen Stellen der letzteren Tumoren ausbildeten, während gleichzeitig Verdickungen an einzelnen Knochen dieser Extremitäten bestanden. Auf Grund der histologischen Untersuchung erkannte der Verfasser auf Hämoangioendotheliome, was die Hautgeschwülste anbelangt. Bezüglich der Natur der Knochenveränderungen ist er sich über dieselbe nicht ganz genau klar geworden, meint aber, dafs es sich um Herde einer langsam verlaufenden Neubildung handle, von derselben Natur wie derjenigen der Hauttumoren und um welche herum sich eine Verdickung des Knochengewebes gebildet hat. Der Befund der Radioskopie liefs das Bestehen von Enchondromen ausschliefsen. Therapeutisch wurde die Radioskopie mit bestem Erfolge angewendet neben Arsenik in subcutanen Injektionen. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zum Studium der Hautcarcinome, von L. Bobbio. (Turin 1906.) Die Hautcarcinome entwickeln sich häufig auf dem Boden von Naevis maternis. Diese letzteren entspringen somit dem Bindegewebe, obwohl man ihren epithelialen Ursprung nicht in Abrede stellen kann. Obwohl sie öfters aus dem Endothel der Lymphbahnen entstehen, darf man sie dennoch nicht als Endotheliome betrachten, sondern blofs als

endotheliale Sarkome. Sie können sich als gewöhnliche Sarkome präsentieren, die von den fixen Zellen des Bindegewebes oder aus den endotheloiden Zellen der plasmatischen Bahnen abstammen. In einem vorgeschritteneren Stadium können sich auch die Endothelien oder Perithelien am Prozesse beteiligen. Sie sind zuweilen pigmentiert, ohne jedoch dafs diese Pigmentation eine hervorragende Stellung einnimmt. Sie charakterisieren sich besonders durch folgende Merkmale: häufiges Vorkommen von Riesenzellen, deren endothelialer Ursprung auch für diejenigen Tumoren angenommen werden mufs, die nicht primär von den Endothelien abstammen. Häufigkeit der perithelialen Figuren, was für eine aktive Beteiligung der Perithelien oder eine Verbreitung der neugebildeten Zellen längs den Gefäfswandungen spricht. Die häufigste Verbreitung geschieht längs den Lymphgefäfsen. Polymorphismus, sowohl was die Zellen selbst als was ihre Lagerung anbelangt, was für eine Beteiligung sämtlicher Bindegewebselemente spricht. Klinisch lassen sie sich meist von den epithelialen Tumoren unterscheiden; sie sind zuweilen äufserst bösartig, und die Therapie ist ihnen gegenüber vollständig machtlos. *C. Müller-Genf.*

Über Melanosarkom, von P. Jannes-Eschweiler. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 39.) Beschreibung eines Falles von Melanosarkom bei einer 32jährigen Frau. Das Leiden begann mit einer kirschengrofsen, tiefblauroten gestielten Geschwulst am Rücken, wo sie sich mit verbreiterter, leicht entzündeter Basis in der Haut inserierte. Der Vorschlag der operativen Entfernung wurde abgewiesen. Nach sechs Monaten war bereits der ganze Rücken besäht mit festen, schwarzen, linsen- bis talerstückgrofsen Exkreszenzen. Jetzt entschlofs sich Patientin sofort zur Entfernung der Geschwülste. Die Heilung erfolgte tadellos, aber schon nach zwei Monaten zeigten sich neue schwarze Stippchen; auch diese wurden exzidiert, aber wieder und wieder kamen neue Rezidive. Auch die ein Vierteljahr lang geübte Röntgenbehandlung blieb erfolglos. Im weiteren Verlaufe erkrankten Lungen, Herz, Nieren und Leber, und die Erscheinungen liefsen auf Metastasen in diesen Organen schliefsen. Zum Schlufs wurde eine Schwangerschaft konstatiert und die Frau überlebte nach 14 Tage dauerndem Geburtsakt (welcher wegen starker Sarkomgeschwülste in der Scheide nicht künstlich beendet werden konnte) die spontane Geburt eines lebensschwachen Mädchens, welches am sechsten Tage nach der Geburt starb. Sechs Wochen nach der Entbindung starb auch die Mutter. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Psorospermosis follicularis vegetans oder Maladie de Darier, von Théophile Beck. (*Thèse de Lyon.* 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur sogenannten Darierschen Krankheit, von Robert Bernhardt. (*Gazeta lekarska.* 1907. Nr. 16—17.) Beschreibung eines typischen Falles von Psorospermose mit eingehender Schilderung der histologischen Verhältnisse. Die letzteren zeigen durchweg gleichzeitigen und parallelen Verlauf zweier Prozesse: einer Entzündung in der Cutis, recte in ihren oberflächlicheren Schichten, und einer Degeneration der Epidermiszellen. Der erstere Prozefs scheint der primäre zu sein und allmählich eine Degeneration zu verursachen, die mit einem Mattwerden der Zellen beginnt und bis zum Absterben derselben führt; das entzündliche Infiltrat hat andererseits auch die Bildung von Bläschen (Lakunen) zur Folge.

Was die Natur des Leidens anbelangt, scheint die von Darier angenommene parasitäre Theorie gänzlich abgetan zu sein. Kreibich hat in der letzten Zeit auf Grund seiner Beobachtung den Prozefs für eine Angioneurose erklärt.

Auch Malinowski erwähnt einen Fall, der diese Annahme plausibel macht. Verfasser ist nun auf Grund seines Falles ebenfalls geneigt, die Hypothese Kreibichs anzunehmen: die Verteilung eines Teils der Effloreszenzen in diesem Falle entsprach

der Form einer Herpes zoster, vom siebenten und achten Rückenmarkssegmenten ausgehend. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Darier'sche Krankheit, von M. J. H. Dufort. (*Thèse de Toulouse.* 1905. Nr. 597.) *Fritz Loeb-München.*

b. *Benigne.*

Multiple, hereditäre, spät entwickelte Angiome (Telangiektasien) der Haut und Schleimhäute mit wiederholten Hämorrhagien, von F. Parkes Weber-London. (*Lancet.* 20. Juli 1907.) Von Osler ist bereits vor einigen Jahren eine Publikation erschienen über das Vorkommen von multiplen Angiomen in Verbindung mit Epistaxis bei mehreren Mitgliedern derselben Familie. W. schildert hier einen entsprechenden Fall bei einer 60jährigen Frau. Mehr oder weniger am ganzen Körper verteilt fanden sich hellrote, stecknadelknopf- bis etwa linsengroſse Teleangiektasien nicht nur auf der Haut, sondern auch auf der Schleimhaut von Mund und Nase. Die Neubildungen waren erst im 42. Lebensjahr bemerkt worden. Die Mutter der Patientin hat öfters an Nasenbluten gelitten und soll auch ähnliche „Flecke" gehabt haben. Von den Deszendenten leiden drei Söhne und eine Tochter an Nasenbluten, und zwei der Söhne weisen Angiome auf der Haut und den Schleimhäuten auf. Aus der Literatur hat Verfasser mehrere ähnliche Fälle zusammengestellt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Bau, die eintretenden Gefäſse und das Wachstum der warzenförmigen Angiome der Haut, von S. Ogawa-Japan. (*Virchows Arch. f. path. Anat. usw.* Bd. 189. Heft 3.) Die warzenförmigen Angiome der Haut stellen bei der Geburt mikroskopisch kleine Gebilde dar. Ihre Gröſsenzunahme erfolgt vornehmlich durch das Wachstum der bereits bestehenden Gefäſse der Länge und der Weite nach, nicht aber durch Aussprossen seitlicher Zweige. Infolge des nicht gleichmäſsig stattfindenden Wachstums entstehen buchtige Dilatationen und Schlängelungen, welche im fertigen Zustande ein Konvolut mit darmähnlichen Windungen darstellen. *Schourp-Danzig.*

Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum, von W. Körte-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 35.) Bei früherer Gelegenheit hat Siegmund aus dem K.schen Beobachtungsmaterial fünf Fälle dieser Affektion publiziert. K. fügt noch drei neue Fälle hinzu. Die Krankengeschichten lauten: 1. Ein 34jähriger Herr hat seit frühester Jugend eine „weiche Stelle" auf dem Kopfe; seit 8—10 Jahren dicke Adern an den Schläfen. Der 6—8 cm lange, halb so breite Tumor ist auf der Mitte des Kopfes lokalisiert, ist leicht komprimierbar, pulsiert. Operative Entfernung. Genesung. Histologisch war zu konstatieren: zahlreiche stark erweiterte Gefäſse mit verdickter Wand, varikösen Venen sehr ähnlich. Zwischen denselben liegen Knoten aus fibrösem Gewebe mit lymphoiden Zellen infiltriert. — 2. Herr P., 27 Jahre alt, hat seit dem sechsten Lebensjahre auf der linken Hinterkopfseite eine ohne bekannte Ursache entstandene, weiche Geschwulst. Bei der Operation wurde nach vorheriger Umstechung der Geschwulst und Unterbindung mehrerer Blutgefäſse der Tumor hufeisenförmig innerhalb der Umstechungen bis auf das Periost umschnitten und mit dem so gebildeten gestielten Hautlappen zurückgeklappt und dann unter steter Kompression des Hautstieles abpräpariert. Dieses Verfahren hat Krause in ähnlicher Weise gelegentlich auch befolgt. Trotz aller Vorbeugungsmaſsregeln recht erhebliche Blutung. Heilung.

Der dritte Fall betraf einen Tumor an der Wange ohne Pulsation bei einer 57jährigen Dame. Exstirpation erfolgreich. Mikroskopisch wurde auſser den obengenannten Veränderungen teilweise auch Verdickung der Intima mit vermehrtem

elastischen Gewebe konstatiert; Media zeigt eine Veränderung der Muscularis, Verschiebung der Muskelbündel, Durchsetzung mit Bindegewebe und elastischen Fasern. Die zuführende Art. occipitalis zeigte ähnliche Veränderungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Angiome des Gesichts geheilt durch Röntgenstrahlen, von M. F. Barjon. (*Lyon méd.* 1907. Nr. 23.) B. hat bei zwei Kindern ausgedehnte Angiome des Gesichts, die vorher ohne Erfolg mit Kauterisierungen und Elektrolyse behandelt worden waren, durch Röntgenbestrahlungen zur Heilung gebracht. Das kosmetische Resultat war, wie auch die beigegebenen Abbildungen erkennen lassen, ein vorzügliches.

Götz-München.

Über Peritheliome in der Gegend des Handgelenkes, von A. Schmincke-Würzburg. (*Zentralbl. f. Chirurgie.* 1907. Nr. 44.) Bericht von zwei Fällen, welche unter der Diagnose „Angiom“ zur Aufnahme gekommen waren. Histologisch handelte es sich um Züge von Zellen, welche um Gefäfse teils kapillärer Natur, teils vom Typus kleiner Venen mantelartige Scheiden bildeten. Die Zellen charakterisierten sich durch ihre grofse, runde oder polygonale Gestalt und ihren mitunter etwas exzentrisch gelegenen chromatinreichen Kern; sie nahmen ihren Ursprung in der Gefäfswandung, speziell in deren äufseren Schichten. Diese an und für sich nicht häufige Tumorart — Peritheliom oder Haemangioendothelioma perivasculare der Borstschen Nomenklatur — ist bisher in der Gegend des Handgelenkes nicht beobachtet worden.

Schourp-Danzig.

Über traumatische Epidermiscysten, von Otto Bernhard Waldemar Fircha**u**. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1907.) Schlufssätze: Die alte Bezeichnung „Epithelcyste“ ist fallen zu lassen zugunsten der prägnanteren Bezeichnung „Epidermiscyste“. Die Geschwulst ist auf ein Trauma, eine Einlagerung von Epidermisstückchen in die Subcutis, zurückzuführen.

Verfasser bespricht die in der deutschen Literatur niedergelegten Fälle.

Fritz Loeb-München.

Über sogenannte erworbene Lymphangiome des Halses, von G. Dencks-Rixdorf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 37.) Kavernöse Lymphangiome des Halses, die nicht angeboren, sondern erworben, d. h. im späteren Lebensalter entstanden sind, kommen anscheinend nur selten vor; D. fand in der Literatur nur sechs Fälle beschrieben, dazu kommen zwei von ihm selbst beobachtete Fälle, die an sich nichts besonderes darboten. Die von manchen Autoren durchgeführte Trennung zwischen angeborenen und erworbenen Lymphangiomen des Halses kann nach Ansicht D.s nicht aufrecht erhalten werden; es handelt sich vielmehr genetisch und morphologisch um ein und dieselbe Geschwulstform. Stets ist ein Geschwulstkeim als kongenital vorhanden anzunehmen und nur das Selbständigwerden, die weitere Entwicklung zur Geschwulst ist zeitlich verschieden. *Götz-München.*

Multiple Myombildung im Magendarmkanal und in der Haut, von A. Tilp-Strafsburg. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. Path. Anat.* Bd. XVIII. Nr. 19.) In der Haut einer 71jährigen Frau fanden sich zahlreiche, scheiben- und linsenförmige, scharf abgegrenzte, derbe Tumoren, von denen nur die gröfseren das Niveau der Haut leicht elevierten, während die kleineren erst durch den tastenden Finger gefühlt wurden, regellos am Stamm und den Extremitäten. Bei der Sektion wurden im Intestinaltraktus in grofser Zahl Leiomyome gefunden, die ihren Ausgang von der Muscularis genommen hatten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die Hauttumoren ebenfalls den Bau der Leiomyome zeigten, welche sich von der Muskulatur der Schweifsdrüsen entwickelt hatten. *Schourp-Danzig.*

Ein kolossales Molluscum fibrosum (Neurofibrom), von Davydow. (*Med. Obosrenje.* 1907. Nr. 14.) Beschreibung eines Falles von Molluscum fibrosum bei einer 26jährigen Bäuerin. Das ganz kolossale Neurofibrom hing als ein pigmentiertes Hautkissen an der hinteren Körperhälfte, beginnend vom elften Rippenknochen bis zu den Kniebeugen, und vorn von der achten Rippe bis auf den halben linken Oberschenkel herab. Solange die Frau sich erinnern kann, hat sie diese Geschwulst. Erblichkeit lag nicht vor.

Arthur Jordan-Moskau.

Elephantiasis nervorum der Kopfschwarte, ein Beispiel der von Recklinghausenschen Krankheit, von H. F. Helmholz und H. Cushing-Baltimore. (*Amer. journ. med. sciene.* Sept. 1906.) Der hier geschilderte Fall betraf einen 19jährigen Arbeiter, Amerikaner. Er führt sein Leiden auf einen im siebenten Lebensjahre erlittenen kräftigen Schlag auf den Kopf zurück. Etwa ein Jahr später wurde bemerkt, dafs die Kopfhaut der betreffenden Seite sich gleichsam gegen das Ohr hin gesenkt hatte, so dafs die Ohrmuschel vom Kopfe abgedrückt wurde. Wegen der zunehmenden Entstellung suchte er Behandlung nach. Braune Flecke sowie kleine Geschwülste haben sich an verschiedenen Teilen des Körpers, solange er denken kann, vorgefunden, und auch an der Schläfengegend, dem Sitz der Geschwulst. Letztere war bei der Aufnahme so grofs geworden, dafs das Ohr um seine ganze Länge nach abwärts verschoben und im rechten Winkel nach auswärts gedreht war. Zog man die verschiebliche Neubildung in die Höhe, so gelangte die Ohrmuschel wieder in normale Stellung. Die Operation war mit einem sehr starken Blutverlust verbunden, da es nicht möglich war, in dem weichen Gewebe Arterienklemmen zum Haften zu bringen. Das operative Resultat war schliefslich recht befriedigend. Aufser einem rautenförmigen Stück der Kopfschwarte, das zur Herstellung der normalen Lage des Ohres und der Umgebung des Auges exzidiert worden war, hatte man ein Neurofibrom vom Ramus auricotemporalis des V, exzidiert, das wohl der Grund und Ausgangspunkt der Deformität war. Die Verdickung der Kopfhaut war durch derbe Lagen von ödematösem Bindegewebe bedingt. Bei weiterer Präparation fand man sehr zahlreiche kleine Neurofibrome auf der unteren Hautfläche. Die histologischen Einzelheiten sind genau beschrieben und abgebildet. Zum Schlufs sind die bisher beschriebenen Fälle kurz wiedergegeben und abgebildet. Es ist vielleicht nicht überflüssig, die verschiedenen Namen anzuführen, welche diesen Tumoren beigelegt worden sind: Elephantiasis mollis (Virchow, v. Recklinghausen), Pachydermatocele (Mott), Neuroma plexiforme oder Neuroma cylindricum plexiforme (Verneuil), Elephantiasis molluscum (Nélaton), Rankenneurom oder Neuroma circoideum (Bruns), Elephantiasis neuromatodes (Bruns), Dermatolyse (Marie), Lappen-Elephantiasis (Esmarch), Cylindrisches Fibrom (Marchand), Cylindrisches Fibrom (Marchand), Fibroneuroma racemosum (Rizzoli), Tumeur royal (Boudet).

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Kontagiosität der spitzen Condylome, von Neuberg-Magdeburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 35.) Ein 25jähriger Bankbeamter wurde von N. während etwa eines halben Jahres ab und an wegen spitzer Condylome behandelt. Blennorrhoe wurde bestimmt geleugnet. Dagegen wurde beim Patienten auch Scabies gefunden und behandelt. Etwa sieben Monate nach der ersten Konsultation kam die 21jährige Braut des Patienten wegen Scabies zur Behandlung und konsultierte Verfasser auch noch wegen zahlreicher seit einiger Zeit bestehender Cond. acuminata. Hymen war intakt, auf Berührung sehr empfindlich. Der Bräutigam gestand, gelegentliche Kohabitationsversuche ausgeführt zu haben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Adenoma sebaceum symmetricum faciei, von Oliver Sagory. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 207. 63 S., 2 Tafeln.) *Fritz Loeb-München.*

c. *Pigmentanomalien.*

Mongolenkinderfleck bei zwei Berliner Säuglingen, von G. Tugendreich-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 36.) In den letzten Jahren ist der Mongolenkinderfleck mehrfach diskutiert worden. In Japan tragen fast 90 % aller Neugeborenen bei der Geburt in der Kreuzsteifsbeingegend einen oder mehrere gewöhnlich direkt über der Rima ani gelegene und in diese noch etwas hineinragende Flecke von Erbsen- bis Handtellergröfse. Sie gehen ohne scharfe Abgrenzung ins Normale über, sind nicht erhaben, und ihre Behaarung bietet nichts besonderes. Die Farbe ist mattblau, durch Fingerdruck nicht verändert. Unter 1200 Säuglingen in Berlin hat Verfasser diese Erscheinung nur in zwei Fällen gesehen, die er beschreibt. Es zeigt das, wie selten diese Erscheinung bei europäischen Kindern vorkommt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Hautveränderungen beim Diabète broncé, von J. Heller-Charlottenburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Die interessante Krankengeschichte lautet kurz: Patient, ein kräftiger, gesunder Mann, zog sich in guten Verhältnissen im 40. Lebensjahr vom Geschäft zurück. Schon zwei Jahre nachher zeigten sich Symptome von Diabetes. Zuckergehalt zeitweilig bis 6 und 8 %. Bei sorgfältiger Pflege und Badekuren völliges Wohlbefinden bis zum 70. Lebensjahr. Alsdann Symptome diabetischer Neuritis, unsicherer Gang, Ameisenkriechen usw. Im 73. Jahr Gangrän am linken Bein, Amputation, Exitus letalis drei Tage nachher in Coma. Etwa im 53. Lebensjahr fiel der Umgebung eine Dunkelfärbung der Wangenhaut in der Ausdehnung, wie gewöhnlich beim L. erythematodes der Fall ist, auf. Die Haut hier war bleigrau bis grau-bronzefarben, was bei Störungen des Allgemeinbefindens und bei Aufregung deutlicher als sonst hervortrat. In den letzten Jahren war die Veränderung weniger hervorstechend, aber immer noch deutlich erkennbar. Ein p. m. unter ungünstigen äufseren Verhältnissen spät entnommenes Hautstückchen zeigte aufser der Umwandlung einzelner Haarbälge in Cysten, welche mit Hornmassen und Haarresten gefüllt waren, und einer gewissen Veränderung der elastischen Fasern im wesentlichen nur die zu erwartende Pigmentanhäufung. Diese findet sich hauptsächlich in der Basalschicht des Rete Malpighi, erstreckt sich aber auch, wenn schon in schnell abnehmender Intensität auf die zwei bis drei folgenden Zellschichten. Das Pigment stellt sich als gelbbraune, feinkörnige Substanz dar und ist offenbar an Zellen gebunden; wenigstens erkennt man fast stets unter den bedeckenden Pigmentkörnchen bei entsprechender Färbung einen Zellkern. Die Eisenreaktion fiel negativ aus. — Da die Bronzefärbung bei dem Diabetes allgemein als prognostisch sehr ungünstiges Zeichen gilt, ist somit dieser Fall auch klinisch bemerkenswert. — Die Literatur ist eingehend berücksichtigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Addisonsche Krankheit im Kindesalter; Bericht über einen Fall, von D. Felderbaum und E. A. Fruchthandler-New York. (*New York med. Journ.* 10. Aug. 1907.) Der Fall, welchen Verfasser beobachteten, betraf ein zwölfjähriges Mädchen, bei welchem, wie in der Mehrzahl der aus der Literatur gesammelten (24) anderen Fälle, das Hauptsymptom allgemeine zunehmende Schwäche verbunden mit kleinem, schwachem, etwas beschleunigtem Puls war. Aufserdem machen die Pigmentierung der Haut und besonders auch der Schleimhäute (in vorliegendem Falle der Conjunctiva), ein Symptom, auf welches Verfasser besonderen Nachdruck legen, und oft vorhandene Magenstörungen die Diagnose meist zu einer leichten; auch die Eosinophilie gehört zu den häufigeren Befunden. Wie ersichtlich, ist die Addisonsche Krankheit im Kindesalter selten; die Zusammenstellung der Fälle ergibt, dafs sie ebenso häufig bei Knaben wie bei Mädchen ist und der Tod meist unter Krämpfen

eintritt. Als pathognomonisches Zeichen sei schliefslich noch das eigentümliche, schmutzig-streifige Aussehen der Haut, „wie mit Höllenstein gefärbt“, erwähnt.

Stern-München.

Ein Fall von Mortus Addisonii bei einer Negerin, von R. Scheult-Trinidad. (*Lancet.* 3. Aug. 1907.) Die 55jährige Patientin kam wegen zunehmender Schwäche und Anfälle von Erbrechen und Diarrhoe zur Aufnahme. Am Gesicht und den Händen fiel eine nachweislich früher nicht bestandene, intensivere Schwarzfärbung auf. Auch die Schleimhäute des Mundes zeigten verschiedentliche Pigmentierungen. Patientin starb im Kollaps am Tage nach der Aufnahme. Die Autopsie ergab an den Nebennieren verkäste tuberkulöse Herde im Cortex mit verschiedentlichen Riesenzellen. In der Haut fanden sich Pigmentablagerungen in den basalen Zylinderzellen; weiter abwärts in der Cutis einige zerstreute, pigmenthaltige Zellen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Fälle von Morbus Addisonii, von Kristen Andersen - Kristianssand. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1907. Nr. 74 aus: *Norsk Mag. f. Laegevidensk.* 7/06.) Bei einem 45jährigen Manne bestanden ausgesprochene Adynamie, häufiger kleiner, atonischer Puls, unstillbares Erbrechen. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Morbus Addisonii ohne Pigmentierung. Die Autopsie ergab eine streng auf beide Nebennieren begrenzte tuberkulöse Degeneration.

Ein 16jähriger Patient leidet an Mattigkeit, mit Erbrechen einhergehenden Kopfschmerzen und Kniegelenksschmerzen. Seine Haut zeigt eine deutlich ausgeprägte, schmutzig-braune Pigmentierung. Der Urin eiweifs- und zuckerfrei. Die Blutuntersuchung ergibt normalen Hämoglobingehalt. Die Milz ist mäfsig vergröfsert. Die Diagnose auf Morbus Addisonii veranlafst die Darreichung von Adrenalin sechs Tropfen dreimal täglich. Nach drei Wochen zeigt sich eine Besserung, welche ständig zunimmt. Die Beschwerden sind aufgehoben: die Milzvergröfserung ist geschwunden; die Pigmentierung dagegen unverändert. *Schourp-Danzig.*

Über Heilung des Morbus Addisonii nebst Bemerkungen über die Pathogenese dieser Krankheit, von E. Grawitz-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 27.) Krankenbericht: Ein 22jähriger Bureaubeamter erkrankte während seiner Dienstzeit als Einjährig - Freiwilliger an Mittelohrkatarrh und allgemeiner Körperschwäche; bei dieser Gelegenheit fiel eine eigentümliche, bräunliche Hautfärbung des Gesichts auf, und Patient kam ins Lazarett. Bald nach Ablauf des Dienstjahres konsultierte er G., welcher hochgradige Erscheinungen des Morbus Addisonii, ausgesprochene Kraftlosigkeit und auch eine erhebliche Störung der Magentätigkeit, motorische Insuffizienz, Stagnation der Ingesta im Magen und ausgesprochene Herabsetzung der Salzsäuresekretion konstatierte. Patient erhielt nun Magenspülungen mit Kochsalzlösung, woran sich die Einführung von flüssiger Nahrung durch die Schlundsonde anschlofs, ferner Nährklystiere und als Medikament Salzsäure. Nach fünf Wochen reiste er zur Nachkur nach Lietenstein, kehrte aber von dort verschlimmert wieder zurück bei 6 kg Gewichtsverlust und totalem Versiegen der HCl-Absonderung. Die vorherige Behandlung hatte wiederum Erfolg. Bei fortgesetztem Gebrauch von Stomachicis, Vermeidung von Alkohol und bei vorwiegend vegetabilischer Diät ist Patient in den seitdem verflossenen 3½ Jahren sehr gesund und arbeitsfähig geblieben, obwohl inzwischen der eine Testikel, der sich als tuberkulös erwies, exstirpiert worden ist. Von der Pigmentierung des Gesichts sind kaum noch Spuren vorhanden. G. betrachtet die Heilung als vollständig gelungen. Das Wesen der Bronzekrankheit ist seines Erachtens durchaus nicht endgültig als eine Störung der Chromaffinbildung in der Nebenniere resp. im benachbarten sympathischen System erklärt, wenn auch diese von Wiesel vertretene Auffassung vieles für sich hat. Namentlich sei viel Gewicht auf

die schweren gastro-intestinalen Störungen zu legen. In dieser Beziehung zeigt die Krankheit manche Analogien mit der sog. Vagabundenkrankheit. (Auch Vitiligo hat man mit Störungen im Verdauungstrakt und den dadurch entstehenden Toxinen in Zusammenhang gebracht. Ref.)

Diskussion: Ibidem, Nr. 23. B. Lewy erinnert daran, dafs Neumann 1893 ebenfalls einen Fall von geheiltem Addison vorstellte. Auch weist er darauf hin, dafs chronische Arsenikvergiftung sehr ähnliche Symptome hervorbringt.

D. von Hansemann: Der Zusammenhang des Morbus Addisonii mit der chromaffinen Substanz ist nicht ein ganz absoluter. H. hat vor Jahren einen (bereits publizierten) Fall beobachtet, bei den an den Nebennieren allerdings eine Atrophie bestand, aber nur in der Rindensubstanz, also nicht an dem Orte der chromaffinen Substanz. Marksubstanz und auch die zugehörigen Ganglien und die Nervenfasern waren intakt. Überhaupt stellt Redner es als seine persönliche, im Laufe von 20 Jahren begründete Erfahrung hin, dafs alle klinisch klaren Fälle von Addisonscher Krankheit sämtlich auch Veränderungen an den Nebennieren aufwiesen und zwar stets atrophierende oder zerstörende Prozesse in der Rindensubstanz. Umgekehrt fand sich gelegentliche Atrophie der Rindensubstanz ohne vorherige klinische Verfärbungen der Haut. In solchen Fällen ergab aber die mikroskopische Untersuchung der Haut stets das Vorhandensein von Pigmentablagerungen, gelegentlich von sehr blasser Beschaffenheit, aber oft in grofsen Mengen.

Stadelmann bemerkt, dafs die Schleimhäute durch Arsenikvergiftung (entgegen der von B. Lewy geäufserten Ansicht) auch braungefärbt sein können, wie er selbst an einem Falle nach ganz geringen Dosen gesehen hat.

Mosse: Die Nebennieren haben offenbar die Funktion, gewisse im Körper entstehende Gifte wieder unschädlich zu machen, wie aus einer Reihe von Experimenten hervorgeht. Beim Versagen dieser Organe ist es ganz gut denkbar, dafs die betreffenden Giftstoffe in den Magen gelangen und zu den schweren gastrischen Störungen Anlafs geben.

Grawitz: Von Arsenvergiftung konnte bei diesem Falle gar keine Rede sein. Der Hansemannsche Standpunkt ist auch nicht unanfechtbar. Beitzke hat totale Zerstörung beider Nebennieren ohne Addison bei erhaltenem chromaffinem Gewebe gesehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Der IV. Kongrefs der deutschen Röntgen-Gesellschaft wird am Sonntag, den 26. April 1908, im Langenbeckhaus in Berlin stattfinden. Allgemeines Thema: Der Wert der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Referenten: Rieder-München und Krause-Jena. Mit dem Kongrefs wird eine Röhrenausstellung vorwiegend historischen Charakters verbunden sein. Anmeldungen für Vorträge, Demonstrationen usw. sind an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Lützowstrafse 72, Berlin W. 35, zu richten.

Dr. H. Gocht-Halle a. S.

Über Plastik mit gestielten Lappen von entfernten Körperteilen. Rhino-, Melo-, Cheiloplastik, Plastik an den Extremitäten und Gelenken, Penis und Skrotalplastik, von A. Bommes. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1907.)

Fritz Loeb-München.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. №. 5. 1. März 1908.

Annulates Syphilid im Rande der Narbe nach der Induration.

Von

Dr. med. LUDW. NIELSEN,
Oberarzt am Friederichsberg-Hospital, Kopenhagen.

1. Patient, ein 25jähriger Handelsreisender, stellte sich mir zum ersten Male vor im Juni 1901 mit einer markstückgrofsen, bedeutend infiltrierten Induration mitten auf der Vorderfläche des rechten Schenkels; dieselbe war dadurch entstanden, dafs er eine Puella publica auf seinem Schenkel hatte reiten lassen. Aufserdem zeigte er Polyadenitis universalis, Roseola, Angina syphilitica, etwas später bekam er Iritis duplex und gruppierte lichenoide Papeln. Die Induration verschwand erst nach ungefähr vier Monaten vollständig und hinterliefs eine dunkelbraune, sehr atrophische, stark excavierte Narbe. Am Ende der Jahre 1901 und 1902 leichte Rezidive (Halsaffektion), dann wieder im August 1903 (Kopfschmerzen, Ulcus penis); August 1904 Macula levis linguae. Im November 1904 wieder Rezidiv: aufser einem Ulcus tonsillae d. fand sich im Rande selbst der noch bräunlich pigmentierten, excavierten Narbe und dieselbe als ein geschlossener Ring umgebend eine ungefähr 3 mm breite, bräunlich rote, feste Infiltration mit glatter, gleichartiger, leicht erhabener Oberfläche und geringer, dünner, blättriger Abschuppung.

Patient, dessen verschiedene Ausbrüche von Syphilis immer mit Schmierkuren behandelt worden waren, und welcher aufserdem in der verflossenen Zeit ziemlich regelmäfsig präventive Kuren genommen hatte, bekam auch jetzt Schmierkuren und zugleich Jodkalium. Da er in einer Provinzstadt wohnte, stellte er sich erst vier Monate später vor und hatte dann im ganzen nur 18 Einreibungen genommen, aufser Jodkalium. Das Ulcus tonsillae war geheilt; es fand sich aber noch ein unbedeutender Rest der Infiltration um die Narbe am Schenkel; nach kurzer Zeit verschwand dieser Rest ganz. Später nahm er nur unvollständig Präventivkuren und bekam im August 1907 eine leichte Akkomodationsparese mit

Dilatation der rechten Pupille, welche schnell mittels Schmierkuren und Jodnatrium verschwand.

2. Ein 42jähriger Metallgießser gab an, im Juni 1902 mit Syphilis infiziert zu sein, will später kein Rezidiv gehabt haben bevor jetzt, und hat nur 35 Einreibungen in 1902 und die gleiche Zahl in 1903 als Präventivkur bekommen. Im September 1907 suchte er mich wegen einer kleinen Gruppe ulcerierter Knötchen an der rechten Wange auf. Auf der Dorsalseite des Präputium fand sich eine kaum pfenniggrofse, oberflächliche, weifse, nicht infiltrierte Narbe nach dem ursprünglichen Primäraffekt; im Rande der Narbe selbst hatte sich während der letzten zehn Tage eine ringförmige, scharf begrenzte Infiltration entwickelt. Dieselbe war leicht erhaben, von blasser, gelblich roter Farbe und kleinknotiger Oberfläche, an einer kleinen Stelle mit unbedeutender Abschuppung. Der Ring war vollkommen geschlossen, hinten am breitesten (ungefähr 3—4 mm) und nach vorne allmählich an Breite abnehmend (ungefähr 1 mm). Durch Ausspannung der Haut zeigte sich die Infiltration aus ganz kleinen, stecknadelkopf- bis kaum hanfkorngrofsen, wesentlich konfluirenden, festen papulösen Knötchen zusammengesetzt. Untersuchung auf Spirochäten (von Dr. Brönnum ausgeführt) gab negatives Resultat. Keine hervortretende Drüsenschwellung, Patient sonst gesund. Es wurden Einreibungen, Jodnatrium und Empl. Hydrargyri verordnet. — Als Patient, welcher sonderbarerweise aus derselben Provinzstadt, wie der erste Patient, stammte, sich einen Monat später vorstellte, hatte er aus Versehen nur zehn Einreibungen bekommen. Es fand sich dann noch ein kleiner Rest der ringförmigen Infiltration und nur Narben nach den Knötchen der Wange. Der Patient ist später ausgeblieben.

Die zwei Fälle sind nicht ganz gleichartig. In dem ersten hatte die Affektion, die ungefähr $3^1/_2$ Jahre nach der Infektion aufgetreten ist, am ehesten den Charakter einer Induratio redux, wich aber durch ihre annulate Form davon ab. In dem zweiten Falle, wo die Affektion ungefähr fünf Jahre nach der Infektion aufgetreten ist, handelte es sich um eine ringgestellte Gruppe von papulo-tuberkulösen Syphiliden, ungewöhnlich durch die zwergartige Gröfse der einzelnen Elemente und namentlich dadurch, dafs auch hier die Narbe nach der Induration für die Lokalisation und für die Form der Gruppierung bestimmend war.

Diese Lokalrelation der Schankernarbe zu einem, selbst viele Jahre später auftretenden, ringförmigen Rezidiv, bietet, trotz der Unbedeutenheit der Fälle an und für sich, doch das Interesse der Seltenheit dar. Ich habe solche Fälle nicht früher wahrgenommen und erinnere mich solcher nicht aus der Literatur; sie werden auch nicht in Fourniers

großem Traité de la Syphilis (1898—1906) erwähnt. Es kann angenommen werden, daß die Ursache dieser Lokalrelation, welche ganz dem Verhalten bei der gewöhnlichen Induratio redux und bei den nicht seltenen Rezidiven in situ nach verschiedenen anderen syphilitischen Affektionen gleichgestellt werden kann, wahrscheinlich darin begründet ist, daß hier im Rande der Narbe (und nicht in dieser selbst) Syphilismikrobien deponiert gewesen sind, welche nach jahrelangem Ruhezustande aus unbekannter Ursache wieder in Wirksamkeit getreten sind.

Aus der dermatologischen Abteilung des K. K. Krankenhauses Wieden in Wien (Prof. Dr. S. Ehrmann).

Über intraurethrale Lebendfärbung der Leukocyten und der Epithelzellen.

Von

Dr. Ferdinand Winkler.

Als Lebendfärbung bezeichnet man nach dem Vorgange von Pfeffer[1] die Erscheinungen der Aufnahme und der Speicherung von Farben in die Zellen aus sehr verdünnten Lösungen, ohne daß sie im eigentlichen Sinne eine Färbung darstellen; man stellt sich vor, daß sie im gelösten Zustande in die lebende Zelle aufgenommen und durch gewisse Zellbestandteile zur Ausfällung gebracht werden. Die ermunternden Resultate, welche die Methode der Lebendfärbung beim Studium des feineren Aufbaues der Zelle bei Pflanzen, Bakterien und Protozoen gegeben hat, veranlaßte ihre Anwendung in der klinischen Cytologie, besonders zum Studium der Blutzellen und zum Studium der in den Leukocyten eingeschlossenen Bakterien.

Die dabei notwendige Methodik verlangt das Auftragen der zu untersuchenden Zellen auf eine dünne Farbstoffschicht. Die beste Methodik ist die von Uhma[2] und Nakanishi[3] angegebene und von Ruzicka[4] in geistreicher Weise ausgearbeitete Methode, welche den betreffenden Farbstoff

[1] Pfeffer, Pflanzenphysiologie. Bd. I, S. 87.

[2] Uhma, Die Schnellfärbung des Neisserschen Diplococcus in frischen, nicht fixierten Präparaten. *Arch. f. Derm.* 1899. Bd. 50, S. 241.

[3] Nakanishi, Über eine neue Färbungsmethode zur Darstellung des feineren Baues der Bakterien. *Münch. med. Wochenschr.* 1900. S. 187.

[4] Ruzicka, Über tinktorielle Differenzen zwischen lebendem und abgestorbenem Protoplasma. *Pflügers Archiv.* Bd. 107, S. 497.

in sehr dünner Lösung (1:2000) auf den Objektträger bringt und im Trockenschranke bei nicht zu hoher Temperatur eintrocknen läßt; die angetrocknete Farbschicht wird mit einem Vaselinrahmen umgeben, in die Mitte desselben ein Tropfen physiologischer Kochsalzlösung gesetzt und das mit der zu untersuchenden Flüssigkeit beschickte Deckglas darübergelegt.

Diese Methodik erlaubt nach den Untersuchungen von UHMA, PLATO[5] und RICHTER[6] den Nachweis von Gonokokken im nicht fixierten Präparate durch die Verwendung von Neutralrot und von Methylenblau und zeigt in sehr deutlicher Weise etwaige Inhaltseinschlüsse des Zelleibes auf.

Für weitere Zellstudien sind aber die so gefärbten Zellen unbrauchbar geworden; so erweist sich diese Methode unzureichend für Versuche, in denselben Zellen, in welchen Gonokokken intravital gefärbt sind, den Glykogennachweis zu führen. Auch die für cytologische Untersuchungen ausgezeichnete Methode von ROSIN und BIBERGEIL[7] der Untersuchung im hohlen Objektträger versagt für diesen Fall.

Für derartige Zwecke ist eine Methodik nötig, die eine Zuführung des Farbstoffes noch innerhalb des menschlichen Körpers gestattet; nur solche Methoden verdienen tatsächlich die Bezeichnung von intravitalen Färbungsmethoden; ein Paradigma einer solchen intravitalen Methodik ist die Färbung der lebenden Nervenfaser mit Methylenblau nach dem Vorgange von EHRLICH oder die von RAMON Y CAJAL als Diffusionsfärbung bezeichnete Einbringung von pulverförmigem Methylenblau in die Schädelhöhle eines Kaninchens zur Färbung der Gehirnzellen.

Eine analoge Färbung ist die von mir geübte Intraurethralfärbung. Man bringt den zu benützenden Farbstoff in möglichst feiner pulverförmiger Verteilung in die Urethra, deren Sekret der Untersuchung unterzogen werden soll, und verteilt den Farbstoff mittels eines dünnen, am Ende abgerundeten Glasstabes möglichst sorgfältig an den Wandungen der Harnröhre. Nach wenigen Minuten ist das Sekret gefärbt. Eine gelungene Intraurethralfärbung zeigt sich darin, daſs der Sekrettropfen makroskopisch keine intensive Färbung zeigt, weil in letzterem Falle in der Flüssigkeit selbst Farbstoffkörner vorhanden sind, welche nicht in die Zelle aufgenommen werden und das mikroskopische Bild seiner Schönheit berauben. Bei einer gelungenen Intraurethralfärbung sollen nur die Zellen gefärbt erscheinen, während das sie umgebende Medium niederschlagsfrei sein soll.

Es liegen zwei Möglichkeiten vor; entweder werden die Farbstoff-

---

[5] PLATO, *Berl. klin. Wochenschr.* 1899.

[6] RICHTER, *Dermat. Zeitschr.* 1900.

[7] BIBERGEIL, Beitrag zur vitalen Färbung des blennorrhoischen Urethralsekrets. *Arch. f. Dermatol.* LXII. 1902. S. 339. ROSIN und BIBERGEIL, Über vitale Blutfärbung und deren Ergebnisse bei Erythrocyten und Blutplättchen. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1904. Bd. 54, S. 197.

körnchen von den Leukocyten in gleicher Weise aufgenommen wie Zinnoberkörnchen oder wie Kohlepartikelchen, oder es erfolgt eine Lösung des Farbstoffes in der Urethralflüssigkeit und in dem die Leukocyten umgebenden Medium und eine Aufnahme der gelösten Farbe auf osmotischem Wege in das Zelleninnere. Ersterer Weg gilt nur für unlösliche Farbstoffteile; für die intraurethrale Färbung kommen aber nur in den Körperflüssigkeiten lösliche Farben in Betracht.

Anderseits fällt aber das Resultat ganz anders aus, ob man Farbstoffkörnchen in die Urethra bringt, oder ob Tropfen einer Farbstofflösung eingebracht werden. Nur im ersten Falle kommt eine wirkliche selbsttätige Aufnahme in die Zellen zustande, in letzterem Falle treten bei der mikroskopischen Untersuchung die Zellen mehr oder minder ungefärbt aus dem farbigen Medium hervor. Am leichtesten ist der Unterschied festzustellen, wenn man einerseits Methylenblau in feinst verteiltem Zustande und andererseits eine dünne Methylenblaulösung in die blennorrhoisch erkrankte Urethra bringt. Im ersteren Falle erhält man eine sehr distinkte Granulafärbung der Leukocyten, im letzteren Falle eine diffuse Blaufärbung des Protoplasmas und zum Teile auch der Kerne; vielleicht handelt es sich im ersteren Falle um die Aufnahme von Farbstoff durch die ungeschädigten Zellen, während im letzteren Falle die Zellen durch die Farbstofflösung bereits geschädigt worden sind.

Man kann übrigens ähnliche Unterschiede erzielen, wenn man einerseits in ein Eitertröpfchen, das im Brutschranke gehalten wird, etwas Farbstoff verreibt und andererseits einem im Brutschranke befindlichen Eitertröpfchen eine dünne Farblösung zusetzt.

Bei der intraurethralen Methode färben sich zuerst die Vacuolen, hierauf die Granulationen, und zuletzt die Kerne; es scheint hier ein Unterschied gegenüber der sogenannten intravitalen Färbung auf dem Objektträger vorzuliegen, indem sich bei letzterer die Vacuolen erst ziemlich spät färben, wenn die Zellen schon abzusterben beginnen und sich ihr Protoplasma mit dem Farbstoff imbibiert. Bei der Intraurethralfärbung, bei der es sich um Diffusionsvorgänge lebender Zellen handelt und zunächst die mit Flüssigkeit erfüllten Vacuolen innerhalb der Zellen den Farbstoff aufnehmen, ist man sogar überrascht, in den Zellen so vielen Hohlräumen zu begegnen.

Die Granulafärbung erfolgt erst ziemlich spät. Es scheint doch daraus hervorzugehen, daſs die Granula nicht präformiert im Zelleibe liegen, sondern daſs sie Niederschläge innerhalb der Zelle, vielleicht im Sinne von Arnold Ausscheidungsprodukte der Plasmasomen sind. Man kann nicht selten beobachten, wie zunächst nur bestimmte Zonen eines Leukocyten intraurethral — also wirklich lebend gefärbte — Granula tragen, und wie erst unter dem Mikroskop, also beim Absterben, weitere Granula gefärbt hervortreten.

Die in den Leukocyten intraurethral, etwa mit Neutralrot, gefärbten feinen Granula zeigen vielfach Molekularbewegungen; besonders deutlich ist die kreisende Bewegung der gefärbten Granula innerhalb der Vacuolen. In jenen Vacuolen, in denen sich Gonokokken befinden, habe ich aber niemals bewegliche Granulationen angetroffen.

Plato[8] suchte den Beweis zu erbringen, daſs die in den Leukocyten auf dem Objektträger intravital gefärbten Elemente durch Phagocyten aufgenommene Substanzen eiweiſsartiger Natur seien; nach meinen Versuchen scheint es aber, als ob die Granula aus einer halbflüssigen Substanz bestehen, die sich mit dem Farbstoff belädt. Vielleicht darf man hier an die Versuche von Overton[9] erinnern, daſs die intravitale Objektträgerfärbung auf einer Lösung der Farbstoffe in Lipoiden beruhe.

Gleichzeitig mit den Granulationen färben sich in blennorrhoischem Eiter die intracellularen Gonokokken, ebenso wie die extracellular gelegenen. Auch hier liegt ein Unterschied gegenüber der intravitalen Objektträgerfärbung, da bei letzterer die extracellularen Gonokokken nicht gefärbt werden. Man erkennt an den extracellular gelegenen Gonokokken deutlich einen Hof, und auch an den intracellular gelegenen Gonokokken läſst sich bei der Intraurethralfärbung sehr leicht der Hof um die Diplokokken herum vom Zellkörper unterscheiden. Man gewinnt den Eindruck, als ob die Diplokokken den chromatophilen Anteil eines aus Kokken und Hof bestehenden Gebildes darstellen würden, dessen übriger Teil sich der Färbung entzieht und nur durch seinen verschiedenen Brechungsindex hervortritt.

Vielleicht aber kommt der Hof im Sinne von Drobinski[10] durch eine Plasmolyse infolge der Auflösung der um die Gonokokken herumliegenden Granula zustande; in diesem Falle wäre die Hofbildung eine Erscheinung der Lebenstätigkeit der Gonokokken. Doch läſst sich das Auftreten eines Hofes um die extracellular gelegenen Gonokokken damit nicht erklären.

Bei der intraurethralen Färbung haben sich mir als brauchbar Neutralrot, Pyronin, Fuchsin, Kresylechtblau, Methylenblau, Neutralviolett, Methylviolett und Kresylechtviolett, in zweiter Linie auch Vesuvin und Congorot erwiesen. Im groſsen und ganzen scheinen sich die roten Farbstoffe besser zu eignen als die blauen; in einzelnen Fällen, so bei dem Studium der Beziehungen der Gonokokken zur jodophilen Substanz der Leukocyten, muſs man freilich die blauen Farbstoffe vorziehen.

Läſst man ein mit Fuchsin intraurethral gefärbtes Eitertröpfen, nach Art eines Blutpräparates, auf einem Deckgläschen verstrichen, trocknen

---

[8] Plato, *Arch. f. mikr. Anat.* 1900. Bd. 56.

[9] Overton, *Jahrbücher f. wissenschaftl. Botanik.* 1900. Bd. 94.

[10] R. Drobinski, Über die Wechselbeziehungen zwischen Bakterien und Zellen in der Morphologie des blennorrhoischen Sekrets. Berlin 1903. Inaug.-Dissertation.

und unterzieht es dann der Alphanaphthol-Dimethylparaphenylen-Diamin-Reaktion,[11] so sieht man die Gonokokken rot, die Granula violett bis blau gefärbt, die Kerne ungefärbt. Läfst man nun die beiden Reagentien nur kurze Zeit einwirken, so kann man erkennen, dafs jedes rote Diplokokkenpaar von einer blauen Hülle umgeben ist. Neutralrot eignet sich zu diesem Versuch nicht, weil es mit der Alphanaphthollösung einen Niederschlag gibt. Von den vielen roten Farbstoffen, die ich für diesen Versuch benützte, hat sich bis nun nur Fuchsin als brauchbar gezeigt.

Von diesem Versuch abgesehen, eignet sich zur intraurethralen Färbung geradezu glänzend das Pyronin, welches die Gonokokken wunderschön rot färbt, sowohl die intracellular wie auch die extracellular gelegenen; dabei treten die Höfe um die Gonokokken sehr schön hervor. Gibt man neben Pyronin auch Methylgrün zu, so werden die Leukocytenkerne blau, das Plasma violett, die Granulationen rosenrot und die Gonokokken rot gefärbt. Zunächst nehmen die Kerne der mononukleären Elemente den Farbstoff auf, erst später die Kerne der andern Elemente.

Methylgrün allein, intraurethral verwendet, färbt zwar auch die Kerne, aber nur einzelne Gonokokkenpaare.

Auch Pyronin und Methylviolett eignen sich zu gleichzeitiger Einführung. Methylviolett wird von den Kernen, Pyronin von den Gonokokken angenommen; statt des Pyronins läfst sich bei der Doppelfärbung auch Neutralrot benützen.

Pyronin allein intraurethral verwendet, gibt hellrote Gonokokken; bei längerer Einwirkung nehmen auch die Kerne einen kirschroten Ton an, während die Granula nur leicht rot gefärbt bleiben; bei Einbringung des gefärbten Präparates in Alphanaphthol erfolgt ein schon dem freien Auge sichtbarer Umschlag von Rot in Violett; die Gonokokken bleiben rot, die Kerne kirschrot, die Granulationen werden violett; besonders schön ist diese Färbung bei gelbem Lichte zu sehen. Als gutes Einschlufsmittel für die Pyroninpräparate hat sich mir Benzincolophonium bewährt, das ich mir durch Behandlung von Colophonium mit gleichen Teilen Benzin jedesmal frisch bereite.

Ähnliche Pyroninbilder erhält man übrigens auch im Blute. Bringt man in einen Blutstropfen auf der Fingerkuppe feingepulvertes Pyronin, oder läfst man den Blutstropfen durch eine angetrocknete Pyroninschicht durchtreten, so färben sich die Leukocytenkerne leicht rot; bei nachträglicher Alphanaphtholzufuhr werden die plasmatischen Anteile der Leukocyten violett und heben sich von den hellroten Leukocytenkernen sehr gut ab.

Besonders schön treten in den Pyronin-Alphanaphtholpräparaten die perlschnurartig aufgereihten violetten Körnchen längs der Kerngrenze

[11] F. Winkler, *Folia haematologica.* 1907. Nr. 3.

der Leukocyten hervor; es scheint, als ob sie der Kernmembran aufsitzen würden, sie gehören aber zweifellos dem Plasma an. An vielen Leukocyten sieht man aber innerhalb ihrer Kerne noch eine kleine Gruppe von violetten Körnchen, die einem Nucleolus zu entsprechen scheinen.

Die intraurethrale Färbung gibt auch prächtige Bilder der Färbung der Epithelzellen. In jüngeren blennorrhoischen Prozessen finden sich neben den Leukocyten massenhaft abgestoſsene Epithelzellen, von denen viele ganze Gonokokkenrasen tragen, die sich mit der intraurethralen Färbung schön färben und das oben beschriebene Merkmal des Hofes ziemlich deutlich zeigen. In älteren Prozessen finden sich keine Gonokokken mehr auf den Epithelzellen, dagegen tragen die Epithelzellen eine deutliche Färbung von Granulationen, die im Plasma unregelmäſsig zerstreut liegen und eine wechselnde Gröſse zeigen, sowie eine ausgezeichnete distinkte Färbung der Kernfäden; man erkennt an jeder so gefärbten Zelle rings um das prachtvoll gefärbte Liningerüst eine ungefärbte helle Zone, die mittels einer deutlich gefärbten Membran, an der perlschnurartig aufgereihte gefärbte Körnchen aufsitzen, vom Plasma der Zelle getrennt ist.

Diese Granulationen haben mit den Keratingranulationen, die JAMPOLSKI[12] an den im gonorrhoischen Sekrete befindlichen Epithelzellen studierte, nichts zu tun. Die Keratingranula sind viel feiner und regelmäſsig angeordnet; die sich intraurethral färbenden Granula sind zumeist ziemlich grob und unregelmäſsig angeordnet. Die gröſseren Granula haben, wie es scheint, Beziehungen zu den Einschlüssen, die PIANESE[13] in Epithelzellen des blennorrhoischen Sekrets gefunden hat, und auf die ich an anderem Orte ausführlich eingehen werde.

---

[12] F. JAMPOLSKI, Über das Vorkommen von ERNSTschen Keratingranula in normalen und erkrankten Schleimhäuten, mit besonderer Berücksichtigung der Blennorrhoe. *Deutsche Medizinalztg.* 1907. Nr. 7.

[13] PIANESE, *Zieglers Beiträge zur patholog. Anatomie*, Supplementheft 1896. Tafel VII, Fig. 19, 20, 21.

Über Opsonine
und die Opsoninbehandlung gewisser Hautkrankheiten.

Von

A. Winkelried Williams M. B.,
Leiter der dermatologischen Abteilung vom Royal Alexandra Hospital, Brighton,

und

F. G. Bushnell M. D.,
Prosektor am Sussex County Hospital.

Teil III.

Mit einer Figur im Text.

Die Herstellung von bakteriellen Vaccinen.

Man läßt eine Reinkultur der Mikroben auf Agar-Agar oder auf Serum-Agar 24 Stunden bei 37° C auswachsen.

Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken usw. werden entfernt, indem man eine kleine Menge steriler 0,1%/oiger Salzlösung mittels einer sterilen Pipette auf den Bakterienrasen auf der Oberfläche des Nährmediums bringt; bei Staphylokokken soll diese Menge hinreichend sein, um eine dünnrahmige Verflüssigung zu bewirken. Mit einem sterilen Glasstab wird dies Gemenge in einen Achatmörser übertragen und darin 15 Minuten lang unter allmählichem Zusatz von Salzlösung verrieben, bis eine dünne Emulsion hergestellt ist. Bei Streptokokken und Bazillen kann das Verreiben unterlassen werden; die rahmige Mischung resp. Emulsion wird mit der Pipette abgehoben und 20 Minuten lang bei hoher Geschwindigkeit nach Zusatz von genügender Salzlösung zentrifugiert. Die obenstehende Flüssigkeit wird dann mit der Pipette abgehoben, und das Sediment wird durch Auswaschen mit Salzlösung tüchtig aufgelöst. Dieser Prozeß wird wiederholt, bis das Sediment schließlich gründlich zerteilt ist, worauf man bei geringerer Geschwindigkeit noch 10 Minuten lang zentrifugiert. Das nunmehr gleichmäßig wolkige Sediment wird von den Bakterienklumpen, welche sich am Boden des Zentrifugenröhrchens abgesetzt haben, abpipettiert.

Das zweite Stadium des Verfahrens ist die Zählung der Vaccinedosen, welche die notwendige Anzahl Bakterien, z. B. 500 000 000 oder 1 000 000 000 Staphylokokken oder Streptokokken enthalten. Approximativ bewirkt man diese Zählung folgendermaßen: Ein gewisses Volumen Blut wird mit der Pipette aufgenommen, ebenso alsdann ein gleiches Volumen

der Bakterienemulsion, worauf man noch ein oder mehrere Volumina der Normalsalzlösung aufnimmt und diese verschiedenen Teile in der Pipette vermengt. Dies kann man leicht bewerkstelligen, indem man eine zweckentsprechende Quantität an dem engeren Teil der Pipette verzeichnet, wie wir dies beschrieben haben, als wir das Verfahren zur Berechnung des Opsonin-Indexes schilderten. Nun bringt man einen grofsen Tropfen dieser Mischung auf einen Objektträger und breitet ihn darauf aus. Der Ausstrich wird an der Luft getrocknet und ohne weiteres Fixieren mit Karbolmethylenblau oder mit einer modifizierten ROMANOWSKYschen Lösung gefärbt.

Hierauf folgt das direkte Zählen der relativen Anzahl der roten Blutkörperchen und der Bakterien.



Beispiel: In dem untersuchten Blute finden sich 5000000 Erythrocyten im cmm. In dem Ausstrich konstatiert man 500 Erythrocyten und 420 Bakterien. Demgemäfs enthält das cmm Blut 4 200 000 Bakterien. Beabsichtigen wir nun 500 000 000 Bakterien zu verabreichen, so müssen wir 199 cmm der Bakterienemulsion abmessen und mit 0,1 %oiger Salzlösung auf 1 ccm auffüllen.

Das dritte Stadium (Sterilisierung). Die betreffende Dosis Vaccine wird in einen sterilen Glaskolben mit länglichem Halse (siehe nebenstehende Figur) übergeführt und bei 60° C während 60 Minuten sterilisiert, zugelötet und mit einem Vermerk über die enthaltene Dosis versehen.

Der Hals des Kolbens soll weit genug sein, um die Einführung der Kanüle einer PRAVAZschen Spritze zu gestatten, mit der die Vaccine subcutan an der Brust oder am Rücken injiziert wird.

Literatur.

Das nachfolgende Literaturverzeichnis umfafst eine Anzahl von Abhandlungen usw., welche kürzlich über Opsonine und dergl. veröffentlicht worden sind. Von den meisten ist eine kurze Inhaltsübersicht beigefügt im Interesse derjenigen Leser, welchen die Originalien zum Nachschlagen nicht zu Gebote stehen; namentlich sind von denjenigen Publikationen, welche einige in dieser Arbeit bisher nicht berücksichtigte Momente behandeln, Auszüge beigegeben. Ferner sind bei dieser Gelegenheit Berichte über mehrere der nach dem Opsoninverfahren behandelten und in diesen Mitteilungen erwähnten Fälle eingelegt. Diese Bibliographie ist zwar keine vollständige, aber Verfasser hoffen, dafs die gebotene Auswahl sich als brauchbar erweisen wird.

H. E. Alderson (*Journ. cutan. dissases*, 1907. S. 289). Allgemeine Darstellung.

Staphylokokkenfälle.

Fall 1. Sykosis non parasitaria	Opsonin - Index	0,40
Fall 2. Furunkel	„	0,72
Fall 3. Akne vulgaris	„	0,71
Fall 4. Akne vulgaris	„	0,58
Fall 5. Axillarabscefs (fast geheilt)	„	1,44
Fall 6. Pusteln an den Händen (fast geheilt)	„	1,25
Fall 7. Akne vulgaris (vor Impfung mit der Staphylokokken-emulsion)	„	0,80
Akne vulgaris (nach Impfung mit Emulsion)	„	1,33
Fall 8. Rosacea (mit vielen Pusteln)	„	0,57
Fall 9. Furunkulose (vor Behandlung)	„	0,29
Furunculose (nach der Staphylokokkenimpfung)	„	1,44
Fall 10. Akne vulgaris (vor Behandlung)	„	0,36
Akne vulgaris (nach der Staphylokokkenimpfung)	„	1,32

Verfasser übt Kritik an den bisher berichteten Erfolgen, kommt aber schliefslich zu dem Resultat, dafs die Opsoninmethode unzweifelhaften Wert bei gewissen chronischen Hautleiden bakteriellen Ursprungs hat, wenn eine ergänzende Behandlung daneben angewandt wird.

A. G. Banks (*Journ. Pathol.* Oktober 1907. S. 113). Abweichungen in der opsonisierenden Energie gegenüber Streptokokken bei Scharlachkranken.

1. Scharlach mit normalem Verlauf. Der Opsonin-Index zeigte konstante Variationen nach einer bestimmten Richtung hin. Während der ersten Zeit des Fiebers ist ein Abfall zu konstatieren; bei der Entfieberung und dem allgemeinen Zurückgang der Symptome steigt der Index bis zur Norm oder noch darüber. Während der zweiten und der dritten Woche fällt die Zahl und ist selbst bei unkomplizierten Fällen erheblich unter normal. In der vierten oder fünften Woche findet ein Aufstieg bis zur Norm oder darüber statt.

2. Letaler Fall mit intensiver Angina. Der Opsonin-Index zeigte eine starke Verminderung.

3. Komplikationen bewirken eine Veränderung der normalen Kurve in relativem und in absolutem Grade. Der Opsonin-Index fällt beim Einsetzen und im Anfangsstadium der Albuminurie, der intensiveren Nephritis und der sekundären Adenitis. Mit dem Fortschreiten der Rekonvaleszenz steigt die Quantität des Opsonins.

4. Dieses Verhalten spricht für die Auffassung, dafs die Scharlachnephritis hauptsächlich auf eine Einwanderung von Streptokokken in die Nieren zurückzuführen ist.

5. Der Opsonin-Index liefert keine (?) Anhaltspunkte für die Prognose, jedoch ist ein anhaltend niedriger Index bei bestehender Nephritis oder anderen ernsteren Komplikationen als ein ungünstiges Zeichen zu deuten.

6. Eine bestimmte Beziehung zum Streptococcus Scarlatinae ist erwiesen, aber es sind keine auffälligen Unterschiede zwischen den typischen und den atypischen Arten dieses Organismus zu konstatieren.

J. Barr (*Brit. med. Journ.* 12. Mai 1906). Genesung bei einem Fall von ulceröser Endocarditis nach Impfung mit den aus dem Blute des Patienten gewonnenen Streptokokken. Die Bestimmung des Opsonin-Index wurde täglich zweimal ausgeführt.

Bergey (*Univ. Pennsylvania med. Bull.* Juni 1907). Verfasser empfiehlt die vorbereitende Anwendung von Vaccinen vor Operationen, bei denen die Asepsis oder Antisepsis nicht durchgeführt werden kann.

W. C. Bosanquet und R. E. French (*Brit. med. Journ.* 13. April 1907). Die Beeinflussung des Opsonin-Indexes durch Antituberkulose-Serum. Experimente mit Marmorekschem Serum. Die tägliche rektale Verabreichung von Marmorekschem Serum führte bei einer Reihe von Schwindsuchtsfällen zu einer Steigerung des Opsonin-Indexes. Dies war nicht durch das Vorhandensein von Opsoninen im Serum bedingt. Der Opsonin-Index des Marmorekschen Serums wurde nicht höher als zu 0,127 bestimmt. Es wird kein Versuch zur Erklärung der Ursachen von diesem Anstieg des Opsonin-Indexes bei den mit Serum behandelten Kranken unternommen.

T. R. Bradshaw und G. E. Glynn (*Liverpool med. Institution, Brit. med. Journ.* 12. Mai 1906). Die opsonisierende Kraft des Blutes. Der Wert der Kontrollierung des Indexes während der Behandlung.

W. Bulloch und Atkin (*Proceed. Roy. Soc.* 1905. Bd. 74). Experimente betreffs des Wesens der opsonisierenden Tätigkeit des Blutserums.

W. Bulloch (*Lond. Hosp. Gazette.* Februar 1905). Über das Wesen und die Wirkung der Opsoninsubstanzen im Blutserum.

W. Bulloch (*Lond. Hosp. Gazette.* März 1905). Über die Schwankungen der Opsonisierungskraft bei normalem und abnormem Gesundheitszustand.

W. Bulloch (*Trans. Path. Soc. Lond.* 1905. Bd. 56, S. 334). Eine Untersuchung über den Opsoningehalt des Blutserums bei gesunden Individuen und bei Lupuskranken.

W. Bulloch (*Practitioner.* November 1905. S. 589). Die Grundprinzipien der Behandlung bakterieller Erkrankungen mittels Impfung mit den entsprechenden Vaccinen. Mit Dosen von 500 000 000 bis 2 500 000 000 Staphylokokken erhielt Bulloch ein günstiges Resultat bei neun unter elf Staphylomykosen (fünf Aknefälle, vier Furunkel und zwei Fälle von Sykosis); ferner war ein Fall von Tuberkulose der Hoden und Prostata erfolgreich, sowie auch ein Fall von Brustfelltuberkulose.

J. L. Bunch (*Brit. Journ. Dermatol.* 1907). Zur Frage, ob Lupus erythematodes seinem Wesen nach tuberkulös ist.

Fälle von Lupus erythematodes	Opsonin-Index für Tuberkelbazillen
Fall von grofser Ausdehnung. Hereditäre Belastung mit Tuberkulose	Juni 1907 = 0,67 November 1907 = 0,72
Mehrere Herde. Die Patientin hat ein tuberkulöses Kind	Juni 1907 = 0,70 November 1907 = 0,75
Gesicht seit 15 Jahren, Hände seit 12 Jahren affiziert. Erbliche Belastung mit Tuberkulose	Juni 1907 = 0,81
Wange, Ohren, Hände seit 12 Monaten affiziert. Anämie	Mai 1907 = 0,93 Juni 1907 = 1,10

Fälle von Lupus erythematodes	Opsonin-Index für Tuberkelbazillen
Kopfschwarte befallen. Keine erbliche Belastung mit Tuberkulose	Juni 1907 = 1,02
Gesicht. Familienmitglieder tuberkulös affiziert	Juni 1907 = 0,94 Oktober 1907 = 0,99
Bestand seit fünf Jahren	Juni 1907 = 1,14
Wangen, Ohren, Kopfhaut. Akute Attacke. Keine tuberkulöse Belastung	Juni 1907 = 0,91
Akuter letaler Fall. Die Autopsie ergab keinen sonstigen Anhalt für Tuberkulose. Exitus am 29. Juni 1907	3. Juni 1907 = 0,92 } 4. „ 1907 = 0,96 } gegen 5. „ 1907 = 0,90 } Tuberkel 24. „ 1907 = 0,85 } 10. „ 1907 = 0,71 25. „ 1907 = 0,63

F. G. Bushnell und A. Winkelried Williams (*Brit. Journ. Dermatol.* Bd. 18, S. 177). Verminderung der phagocytären Leistungsfähigkeit der eosinophilen Blutzellen bei einem Fall von Dermatitis herpetiformis. Experimente über die phagocytäre Tätigkeit der Leukocyten den Tuberkelbazillen gegenüber nach Opsonisierung mit frischem normalem Serum ergaben eine erhebliche Herabsetzung bei den von Fällen von Dermatitis herpetiformis stammenden Leukocyten im Vergleich zu den von den beiden Verfassern entnommenen Leukocyten.

F. G. Bushnell und A. Winkelried Williams (*Trans. of Brighton Med. Chir. Soc.* 1905/06). Opsonine und Phagocytosis. Allgemeine Schilderung mit Demonstrationen nebst Tabellen über die von den Verfassern bei verschiedenen Fällen gefundenen Opsonin-Indexe.

F. G. Bushnell und A. Winkelried Williams (*Brit. med. Journ.* 16. Nov. 1907). Mykosis fungoides. Ein sehr hochgradiger Fall in den letzten Stadien. Aus dem Blute der Patientin, sowie aus einem Tumor wurde ein weifser Staphylococcus gezüchtet. Ihr Opsonin-Index diesem Coccus gegenüber war am 4. April 1907 1,3, und 1,1 am 9. April 1907. Einem gelben Staphylococcus, welcher von einem Fall von Knochenerkrankung stammte, gegenüber war am 9. April 1907 ihr Opsonin-Index auch 1,1. Es wurde eine Vaccine hergestellt, indessen starb die Kranke, bevor man zum Impfen schreiten konnte.

F. G. Bushnell (*Brit. med. Journ.* 16. Nov. 1907). Über Phagocytose. Berichtet über Untersuchungen über die phagocytäre Kraft der Leukocyten eines Patienten mit Myelocythämie. Es ergab sich eine ganz konstante Herabsetzung. B.s Zählungen wurden bestätigt durch die unabhängig davon durch A. W. Williams und Osborne ausgeführten Kontrollzählungen.

F. G. Bushnell (*Trans. Brighton Med. Chir. Soc.* November 1907). Analyse von 100 im Sussex County Hospital betreffs des Opsoninverhaltens untersuchten Fällen. Bei der Mehrzahl dieser Kranken handelte es sich um allgemeine medizinische oder chirurgische Affektionen. Die folgenden Fälle von Morbus Addisonii haben vom dermatologischen Standpunkt aus Interesse.

Fall A.

Datum	Opsonin-Index gegen Tuberkelbazillen
29. Oktober 1905	0,7
27. November 1905	0,7
19. Dezember 1905	0,6
1. Mai 1906	1,0
31. September 1906	1,0

Fall B.

8. Oktober 1906	0,8
17. Oktober 1906	0,9
20. November 1906	1,3

Exitus letalis. Phthise. Tuberkulose des Peritoneums. Thrombose der Mesenterialgefäfse mit Gangrän des Darmes, Peritonitis.

R. D. Campbell (*Brit. med. Journ.* 13. April 1907). Beschreibt eine Methode zur Färbung der Tuberkelbazillen en masse vor der Bereitung der Emulsion.

R. Cole (*Internat. Clinics*). Beobachtungen im Johns Hopkins Hospital. Akne: ungewifs. Furunkulosis: meistens gut. Blennorrhoische Arthritis: ganz vorzügliche Resultate bei allen (20) so behandelten Fällen. Es wurde unter Berücksichtigung des Opsonin-Indexes festgestellt, dafs eine Zwischenzeit von zehn Tagen für die Verabreichung der Injektionen sich immer am zweckmäfsigsten erwies; man kann demnach die Bestimmung des Opsonin-Indexes bei blennorrhoischen Fällen wahrscheinlich entbehren. Ein schwerer Fall von Streptokokkenseptikämie nahm bei der Vaccinebehandlung einen sehr guten Verlauf. Bei mehreren chirurgischen Fällen von Tuberkulose erzielte man Besserung aber keine vollständige Heilung.

G. Dean (*Brit. med. Journ.* 16. Nov. 1907). Phagocytose und bakterizide Wirksamkeit. Dies ist eine ungemein wertvolle Abhandlung, in der die gesamten bisherigen Arbeiten auf diesem Gebiete berücksichtigt sind; sie enthält zu viele Details, um sie im Referate wiedergeben zu können.

V. M. von Eberts (*Journ. Cut. Dis.* 1905. S. 538). Allgemeine Darstellung. Wichtigkeit der Wahl der Injektionsstelle, welche in der Nähe der Läsionen und peripherwärts von den Lymphdrüsen zu wählen ist. Akne indurata wird besonders günstig beeinflufst, namentlich wenn gleichzeitig heifse Umschläge gegeben werden.

G. F. Elliott (*Brit. med. Journ.* Juli 1906.) Experimente an Sportmännern beim Trainieren für Ruderregatta. Nach anstrengenden Übungen war eine erhebliche Herabsetzung des Opsonin-Indexes zu konstatieren.

W. d'Este Emery (*Brit. med. Journ.* 2. März 1907). Allgemeine Beschreibung. Fälle, u. a. Iritis und Keratitis tuberculosa, welche in sechs Wochen geheilt wurde; Fälle von Lupus vulgaris zeigten Besserung. Empyem des Frontalsinus ergab eine vollständige Heilung nach fünf Injektionen von Pneumokokkenvaccine. Fall von Arthritis blennorrhoica hohen Grades und von dreijähriger Dauer wurde in drei Monaten geheilt. Verfasser betont dringend die Wichtigkeit der Herstellung der Vaccine von Organismen, welche von dem Kranken selbst gewonnen werden.

W. Evans (*Brit. Journ. dermatol.* Bd. 19, S. 39) meint, dafs der für die Opsoninbehandlung geeigneten Fälle von Lupus vulgaris nur wenige seien, und dafs selbst bei diesen eine Nachhilfe durch Anwendung von Röntgenstrahlen empfehlenswert sei Die Methode sei namentlich brauchbar, wenn grofse Neigung zum Rezidivieren sich bekundet oder wenn eine intensivere Disposition zur allgemeinen Tuberkulose obwaltet.

Colcott Fox (*Brit. Journ. Dermatol.* Dez. 1907. S. 420). Ein sehr ausgedehnter Fall von kokkogener Sykose von zehnmonatiger Dauer. Es wurde eine graulich-

weifse Kolonie eines in Tetradenform wachsenden Staphylococcus gezüchtet, welche weder mit Staphylococcus albus noch aureus übereinstimmte. Eine Vaccine von 1000000000 abgetöteten Kokken wurde am 8. Oktober verabreicht, worauf eine Lokalreaktion und Temperatursteigerung eintraten. Am 23. Oktober wurden 1500000000 Kokken gegeben, ohne eine Reaktion hervorzurufen. Am 2. November erhielt Patient wieder 1500000000 Kokken und war fast geheilt; am 17. November bewirkten 2500000000 eine geringe lokale Reaktion. Am 28. November war Patient geheilt.

H. French (*Brit. med. Journ.* 2. Febr. 1907). Über Opsonine und deren praktische Verwendung in der Medizin. Allgemeine Besprechung. Die diagnostische Bedeutung des negativen Stadiums. Ein länger als zwei Tage nach der Injektion von $^1/_{5000}$ mg Tuberkulin anhaltendes negatives Stadium läfst auf Tuberkulose schliefsen. Ein umgekehrtes Verhalten ist aber kein Gegenbeweis. Verfasser erklärt das Berechnen des Opsonin-Indexes bei Staphylokokkenvaccinen für unnötig. Mitteilung von Fällen, z. B.: Student der Medizin mit intensiver Entstellung durch Akne, welche auf die gewöhnliche Behandlung nicht weichen wollte, erhielt eine Staphylokokkenvaccine von 250000000 alle 17 Tage. Der Opsonin-Index stieg von 0,8 auf 1,8; das Gesicht wurde frei, der Rücken zeigte Besserung, und in der Folgezeit konnte die Krankheit leicht im Zaum gehalten werden. — Multiple Hautabscesse bei einem Säugling: 75 ausgebildete Eiterbeulen, weitere in der Entwicklung begriffen. Der Fall erschien hoffnungslos. Eine aus Staphylokokken von einem der Abscesse bereitete Vaccine wurde von Zeit zu Zeit injiziert. Die Abscefsbildung hörte sofort auf und es trat schliefslich vollständige Genesung ein. Verfasser plädiert dafür, dafs man die Vaccinebehandlung gleich im Anfang und nicht als ein Ultimum refugium anwenden solle.

R. E. French (*Practitioner*. Juli 1906). Über die opsonischen Faktoren; deren Beurteilung und Verwendung in der Therapie mit einigen Fällen und Abbildungen. Schildert die in Guys Hospital beobachteten und im allgemeinen ermutigenden Fälle. Bei drei Fällen von Urogenitaltuberkulose erfolgte Heilung; ein Empyem des Frontalsinus erfuhr eine deutliche Besserung, mehrere Fälle von Akne wurden geheilt, ein Fall von chronischer blennorrhoischer Urethritis wurde gebessert. Neben den Vaccinen müssen jedoch auch andere Behandlungsmittel zur Anwendung kommen.

J. Galloway (*Brit. Journ. Dermatol.* Dez. 1907). Eine ausgedehnte, inveterierte Psoriasis, welche nur mit gröfster Mühe mittels der gewöhnlichen Behandlung zu beeinflussen war und unter Chrysarobinanwendung eher zum Weiterschreiten als zum Zurückgehen neigte. Es wurde von den Hautläsionen des Patienten eine Kultur von Staphylococcus aureus angelegt und hiervon vier Dosen verabreicht, aber der Zustand verschlimmerte sich nur noch dabei.

R. J. Godlee (*Brit. med. Journ.* 14. Dez. 1907). Tuberkulose des Urogenitalapparates. Bringt umfangreiches Beweismaterial dafür, dafs Tuberkulosefälle der Hoden, der Blase und Nieren mittels der Opsoninmethode erfolgreich behandelt worden sind. Andererseits bewirkt die exspektative Methode bei guter Ernährung, Pflege, Ruhe und hygienischer Umgebung bei Tuberkulose der Wirbelsäule, des Hüftgelenks und der Drüsen bedeutende Besserung. Zweifelhaft erscheint dem Verfasser die Dauer der Behandlung sowie auch die schwierige Entscheidung, wann man bei hohem Opsonin-Index Vaccine verabreichen soll; auch tadelt er die Mühseligkeit des Verfahrens.

Glover-Lyon (*Lancet*. 24. Juni 1905. S. 1718). Fall von Empyem, welcher mit Pneumokokkenvaccine behandelt wurde.

A. Butler Harris (*Practitioner*. Jan. 1906. S. 6). Über den Gebrauch und den Mifsbrauch von Tuberkulin. Er betont die Wichtigkeit des Opsonin-Indexes als Richtschnur bei der Anwendung von Impfungen mit bakteriellen Vaccinen.

W. S. Harrison (*Journ. of the Royal Army med. Corps*. März 1905). Über eine Modifikation der Wrightschen Methode der Zählung der in einer Reinkultur enthaltenen Bakterien. Verfasser schildert ein kompliziertes Verfahren, um gewisse Fehlerquellen der Wrightschen Methode zu beseitigen. Der Prozefs ist von uns (Bushnell und Williams) probiert worden, erwies sich aber unserer Erfahrung nach als viel zu kompliziert für die praktische Verwendung. Das Verfahren wird sehr selten angewandt.

L. Hektoen. (*Proceed. New York. Path. Soc.* 23. Febr. 1906). Über nicht spezifische Opsonine. Er hat gefunden, dafs durch einen Zusatz von verschiedenen Substanzen zu dem Gemisch von Bakterien, Leukocyten und Normalserum die Wirksamkeit der Opsonine vermindert wird und dementsprechend der Index herabgesetzt wird. Solche Körper sind z. B. Calcium- und Bariumchlorid sowie viele andere anorganische Salze, ferner Formalin, Milchsäure, Chloroform und Alkohol. Seine im Verein mit Ruedinger ausgeführten Experimente lassen erkennen, dafs diese Zusätze direkt auf das Opsonin einwirken und somit deren Einflufs auf die Bakterien inhibieren. Bei Verabreichung solcher Substanzen bestehe also die Gefahr, dafs sie die vitale Resistenz des Patienten gegenüber den Bakterien beeinträchtigen.

T. Houston (*Brit. med. Journ.* 1905. Bd. 1, S. 854). Staphylokokkenvaccine in der dermatologischen Therapie.

W. R. Huggard und C. R. Morland (*Lancet*. 3. Juni 1905). Die Wirkung der Hefe bei Tuberkulose und ihr Einflufs auf den Opsonin-Index. Verfasser beschreiben ihre Methode der Tuberkulosebehandlung mit Hefe und machen Angaben über einen günstigen Verlauf bei mehreren Patienten bei Durchführung dieser Therapie. Die Verabreichung geschah per os. Mehrere Kranke liefsen nach dem Gebrauch der Hefe zunächst ein Sinken (negatives Stadium) und späterhin ein Ansteigen (positives Stadium) des Indexes erkennen, wie nach einer milden Dosis Tuberkulin. Es kamen folgende Hefesorten zur Verwendung: 1. Gewöhnliche deutsche Hefe (Prefshefe). 2. Gewöhnliche englische Brauereihefe. 3. Levurosin (getrocknete Schweizer Hefe). 4. Ferment de Raisin (ein französisches Patentpräparat). Die Dosis betrug 2 oder 3 bis 10 g.

A. C. Inman (*Science Progress*. Okt. 1906). Gesamtüberblick. Nimmt namentlich Bezug auf Auto-Inokulation, besonders bei vorgeschrittenen Allgemeinerkrankungen, wie Phthise, und schildert den Vorgang, wie diese Selbstübertragungen durch Körperbewegung begünstigt werden. Bevor man eine Vaccinebehandlung bei solchen Patienten einleitet, ist es dringend nötig, derartige Selbstimpfungen durch längere Ruhe der Kranken einzuschränken.

H. M. Kinghorn und D. C. Swichell (*Amer. Journ. Med. Science*. 1906. Bd. 132, S. 203). Detaillierte Schilderung der Technik. Es wird eine wertvolle Neuerung geliefert durch den Vorschlag, die Tuberkelemulsion aus dem Rückstand des alten Tuberkulininfiltrats herzustellen. Eine etwaige Beimischung von Glycerin mufs mit Wasser ausgewaschen werden, worauf man filtriert; schliefslich mit einer 1,5 %igen NaCl-Lösung wäscht, wieder filtriert, die Masse in einen Mörser bringt und dann weiter verfährt, wie schon beschrieben wurde.

D. Lawson und Jan Struthers (*Brit. med. Journ.* 14. Nov. 1905). Das Auftreten einer negativen Phase nach sehr geringen Dosen von Tuberkulin läfst auf Tuberkulose schliefsen.

J. C. G. Ledingham (*Proceed. Roy. Soc.* 1907) konstatierte die Verminderung der Phagocytentätigkeit der Leukocyten bei myelogener Leukämie (angeführt von Dean, op. cit.).

Leishman (*Patholog. Soc. Trans.* 1905. Bd. 56, S. 344). Einige Experimente in bezug auf Stimuline. Ein Stimulin thermostabiler Art kann man aus dem Serum von Kranken mit Maltafieber und Ileotyphus gewinnen, sowie auch von den Immunsera, welche man von Tieren nach Behandlung mit den Organismen dieser Krankheiten erhält.

Leishman, Harrison, Smallman und Tulloch (*Journ. Hygiene.* 1905. Bd. 5, S. 380). Eine Untersuchung der Veränderungen am Blute nach Impfung gegen Typhus.

Leishman (*Brit. med. Journ.* 11. Jan. 1902). Beschreibung von L.s Originalmethode der Bestimmung des phagocytären Indexes des Blutes, d. h. durch direkte Mischung von Blut mit Bakterienemulsion und Ausbrüten auf einem Objektträger mit Deckgläschen.

G. Little (*Brit. Journ. of Dermatol.* Bd. 16, S. 335). Fall von Lupus nach Wrights Tuberkulinmethode behandelt.

G. Little (*Brit. Journ. of Dermatol.* Bd. 18, S. 435). Pityriasis rubra Hebrae ergab für Tuberkel normalen Index.

G. Little (*Brit. Journ. of Dermatol.* Bd. 19, S. 52). Fall von rapide sich ausbreitendem Lupus vulgaris mit einem septischen granulomatösen Zustand an der Lippe und Nase. Opsonin-Index für Tuberkelbazillen normal, aber für Streptokokken 0,6.

G. Little (*Brit. Journ. of Dermatol.* Bd. 19, S. 72). Fall von akutem miliarem Lupus vulgaris nach Sonneneinwirkung. Normaler Opsonin-Index.

C. B. Lockwood (*Brit. med. Journ.* 31. Aug. 1907). Abfälliges Urteil über die Vaccinebehandlung, sogar bei chirurgischen Tuberkulosefällen. Vorzügliche Resultate mit Staphylokokkenvaccinen. Methode der Verwendung von Bouillonkulturen als Vaccine.

G. E. Loveday (*Path. Soc. Manchester.* 12. Dez. 1906). Weist nach, dafs verschiedene Dosen von Tuberkulin TR bei verschiedenen Individuen nötig sind, um das Maximum der Opsoninsteigerung zu erreichen. Hieraus folgt die Notwendigkeit einer Opsoninbestimmung bei jedem einzelnen Fall.

C. G. MacDonald (*Trans. Path. Soc. Lond.* Jan. 1906. Bd. 57.) Opsoningehalt des Serums im Verlauf der akuten Pneumonie. Während des Anstiegs der Krankheit und auf dem Fastigium bewegte sich der Index unter der Einheit (0,45 bis 0,8), erhob sich aber bei der Krisis über die Norm (1,1 bis 1,6).

McClintock (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 1907. S. 640). Es wurden 18 Fälle von pustulöser Erkrankung der Haut nach der Opsoninmethode behandelt. Zehn Heilungen.

Meakin und Wheeler (*Brit. med. Journ.* 25. Nov. 1905) Beobachtungen an einer Reihe von Schwindsuchtsfällen. Mit einer einzigen Ausnahme zeigten alle eine Verminderung des Opsonin-Indexes nach Spazierengehen.

R. Muir und W. B. M. Martin (*Brit. med. Journ.* 22. Dez. 1907). Über die Fähigkeit der Opsonine des normalen Serums, sich mit anderen Körpern zu verbinden. Experimente mit Serum, um festzustellen, ob das Opsonin als Komplement wirkt und als solches von dem Immunkörper aufgenommen wird. Die Experimente wurden nach drei Methoden ausgeführt: 1. Rote Blutkörperchen werden im Verein mit multiplen Dosen des Immunkörpers mit Normalserum vermischt. Dann ist zu bestimmen, welche Eigenschaften diesem Normalserum dabei entzogen worden sind. Man fand, dafs gleichzeitig die hämatolytische, baktericide und die normale

opsonisierende Eigenschaft entzogen waren, d. h. man hatte die gleiche Wirkung wie durch das Erhitzen des Serums erzielt. 2. und 3. Ähnliche Resultate ergaben sich bei der Prüfung des Serums nach Behandlung mit Serumpräzipitat und auch mit Bakterien nach vorheriger Behandlung mit dem Immunkörper. Somit beweisen diese Experimente, daſs die thermolabilen Opsonine des normalen Serums zu der Gruppe der Komplemente gehören: aber ihre Identität mit den hämolytischen und den baktericiden Komplementen ist trotz der Übereinstimmung in bezug auf die Bindungsfähigkeit doch nicht hiermit bewiesen.

F. Neufeld und Hune (*Arbeit. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamt.* Bd. 25, S. 164). Aus den Resultaten von Experimenten mit normalem und mit Immunserum unter Verwendung von Staphylokokken, typhoiden und gewissen paratyphoiden Bazillen ist zu entnehmen, daſs die Bakteriotropine und Bakterioopsonine verschiedene Körper sind.

Neufeld und Rimpau (*Dtsch. med. Wochenschr.* 29. Sept. 1904 — *Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.* 1905. Bd. 51, S. 283) beschreiben eine von ihnen konstatierte spezifische Fähigkeit des Immunserums, Bakterien empfindlich zu machen, so daſs diese der Phagocytose zugänglich werden.

Ohlmacher (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 16. Febr. 1907). Es wurden zwei Fälle von intensiver Akne wesentlich gebessert und die begleitende heftige Seborrhoe geheilt durch die Opsoninbehandlung.

G. Pernet und J. L. Bunch (*Journ. Amer. Med. Assoc.* Bd. 18, S. 339, 397, 427). Fall von multiplem Lupus vulgaris von langer Dauer und kompliziert mit frischen follikulären Tuberkuliden, angefangen im Anschluſs an Masern. Besserung stellte sich erst ein, als die Tuberkulinbehandlung nach dem Opsonin-Index sich richtete. Ein anderer Fall von Lupus heilte unter Behandlung mit Tuberkulin und Staphylokokkenvaccinen. Ein weiterer, sehr virulenter und trotz verschiedentlicher Behandlung schnell sich ausbreitender Fall von Lupus ist bei Opsoninbehandlung zum Stehen gebracht worden und befindet sich jetzt in der Besserung. Ein Fall von ausgedehntem, intensivem Erythema wurde durch Staphylokokkenvaccine geheilt. Ein diesem letzten Falle ähnlicher Fall von umfangreichem Hautausschlag erfuhr durch Staphylokokkenvaccine eine geringe, vorübergehende Besserung. Aber da Syphilis dieser Hautaffektion zugrunde lag, trat erst unter antisyphilitischer Behandlung Heilung ein. — Ein Fall von Blasenbildung wurde mittels Staphylokokken- und Streptokokkenvaccinen mit geringem Erfolg behandelt. Ein anderer, durch Streptokokken bedingter Fall von Blasenbildung wurde durch Streptokokkenvaccine schnell geheilt. — Ein Fall von hartnäckiger, rezidivierender Akne mit groſsen Läsionen bot bei der gewöhnlichen Behandlung nur wenig Besserung dar. Auch die Opsoninbehandlung hatte kaum besseren Erfolg. Andere Aknefälle verliefen viel günstiger. Ein Fall von gummösen Tuberkuliden heilte unter Opsoninbehandlung, befindet sich aber zurzeit wegen Rezidivs wieder in Behandlung.

N. B. Potter, N. E. Ditman, E. H. Bradley (*Amer. Journ. med. Scienc.* 1906. Bd. 132, S. 186). Ein vorzüglicher geschichtlicher Überblick und eine allgemeine Besprechung der Opsonine. Synopsis ihrer eigenen Beobachtungen, Details von zahlreichen Experimenten und tabellarische Übersicht der Resultate.

A. Rambottom (*Path. Soc. Manchester.* 12. Dez. 1906). Die Staphylokokkenvaccine ist bei Furunkulose und pustulöser Akne nur dann wertvoll, wenn die Läsionen gröſsere Dimensionen annehmen. Bei gelinden Fällen hat sie keinen Wert.

C. Riviere (*Brit. med. Journ.* 13. April 1907), Die Vaccinebehandlung der Tuberkulose bei Kindern. Allgemeine Besprechung. Details über eine Reihe von so behandelten Fällen mit genauen Aufzeichnungen über den Opsonin-Index und Schluſsfolgerungen betreffs der Dosierung des Tuberkulins TR.

Durchschnittsdosis für Erwachsene...... 1/2000 mg festes Tuberkulin
Für ein Kind von 1 Jahr.............. 1/12000 bis 1/8000 mg festes Tuberkulin
„ „ „ „ 5 Jahren............ 1/4000 mg festes Tuberkulin
„ „ „ „ 10—12 Jahren....... 1/3000 „ „ „

Er betont die Notwendigkeit häufiger Bestimmungen des Opsonin-Indexes bei Kindern. Der Gang der Behandlung stellt sich für gewöhnlich folgendermaſsen dar: Vor Beginn der Kur werden zunächst zwei Bestimmungen des Opsonin-Indexes ausgeführt, die eine vor, die andere nach körperlicher Tätigkeit; dies hat den Zweck, festzustellen, ob in irgendeiner Weise eine Autoinokulation stattfindet. Darauf wird injiziert. Es folgen dann Untersuchungen des Blutes in bezug auf den Opsonin-Index 24 Stunden, 72 Stunden, eine Woche und zwei Wochen nach der Injektion. Im weiteren Verlauf wird wöchentlich einmal untersucht, nötigenfalls wird wieder eine Injektion gegeben. R. betont nachdrücklich die Notwendigkeit, die Injektionen während etwaiger akuter interkurrenter Krankheiten zu unterlassen.

C. Riviere (*Brit. med. Journ.* 26. Okt. 1907.) Die Tuberkulinbehandlung bei Kindern. Die Dosierung ist wie oben angegeben zu bemessen. Verfasser gibt eine Übersicht über seine Resultate bei einer groſsen Anzahl von Fällen und drückt sich hochbefriedigt aus, namentlich was die lokalisierte Tuberkulose betrifft. Er tritt warm für eine ausgedehnte Verwendung von Tuberkulin unter Berücksichtigung der modernen Methoden ein. Die von einigen Autoren berichteten unbefriedigenden Resultate sind auf die fehlerhafte Methode der Verabreichung, nicht etwa auf Untauglichkeit des Tuberkulins zurückzuführen.

G. W. Ross (*Brit. med. Journ.* 24. Nov. 1906). Opsonine und bakterielle Vaccinen. Allgemeine Besprechung. Bericht über etliche Fälle, auch von Lupus; z. B. ein Fall von schnell fortschreitendem ulcerösem Lupus, bei welchem das ganze Gesicht, der Hals sowie Arme und Schultern ergriffen waren bei 18jähriger Dauer. Nachdem neunmaliges Kurettieren, Röntgenbehandlung, Finsenlicht usw. sich als ohnmächtig erwiesen hatten, wurde mit Staphylokokkenvaccine binnen sechs Monaten fast vollständige Heilung erzielt.

E. C. Rosenow (*Journ. infect. diseases.* Bd. 3, S. 683). Bei Pneumonie sind die Leukocyten von gröſserer phagocytärer Leistungsfähigkeit als die normalen Leukocyten, auch ohne Beeinflussung durch das Serum (von Dean angeführt).

Sautchenko (*Ann. de l'Institut Pasteur.* 1902. Bd. XVI, S. 107) vertritt die Auffassung, daſs die opsonisierende Wirkung des Immunserums von der Anwesenheit von Ambozeptoren abhängig ist. Diese Ansicht erfährt eine Bestätigung unter anderem durch den Umstand, daſs die Immunopsonine verhältnismäſsig thermostabil sind.

J. F. Schamberg, N. Gildersleeve und H. Shoemaker (*Journ. cutan. dis.* 1907. S. 544). Allgemeine Schilderung. Detaillierte Besprechung mehrerer Fälle, z. B. Fall 1: Sykosis vulgaris, weitverbreitete Läsionen; Schwefel, Ichthyol, Salben und Lösungen von Hg-Präparaten sowie Röntgenstrahlen waren fünf Monate lang ohne Erfolg angewandt worden.

4. April 1907: Opsonin-Index für Staphylococcus aureus = 0,6. Injektion von 165 Millionen Staphylokokken.

9. April 1907: Opsonin-Index 0,8. Injektion von 230 Millionen Staphylokokken.

13. April 1907: Schmerzhafte indurierte Schwellung an der Injektionsstelle.

16. April 1907: Opsonin-Index 1,0. Indurierte Schwellung in der Rückbildung begriffen.

22. April 1907: Sykosis ganz geheilt. Keine Läsionen zurückgeblieben.

September: Patient noch vollständig ohne Rezidiv; hat keine weitere Behandlung nötig gehabt.

Analyse der sämtlichen in der Arbeit erwähnten Fälle:

Sykosis vulgaris: drei Heilungen, drei Fälle gebessert, drei unbeeinflufst.

Furunkulose: ein akuter Fall durch eine einzige Injektion geheilt; ein chronischer Fall gebessert nach drei Injektionen.

Akne, intensiv, induriert: ein Fall sehr gebessert, ein Fall ohne Erfolg geblieben.

Akne, mit kleinen Läsionen: drei Fälle ohne Erfolg behandelt.

Akne, mit Talgdrüsenabscessen: zwei Fälle sehr erheblich gebessert.

Vaskuläres Ekzem mit Furunkeln und Pusteln: ein refraktärer Fall; die pustulösen Läsionen heilten nach der Impfung aus, und das Ekzem konnte nachher leicht beseitigt werden.

Psoriasis: ein Fall wurde mit Vaccine von Staphylococcus albus unter Ausschlufs aller anderen Therapie behandelt. Die Herde heilten in der Mitte ab, aber die Ränder blieben unverändert.

Lupus erythematodes: ein Fall mit Tuberkulin TR behandelt. Erfolg ungewifs.

Schorer (*Amer. Journ. med. Scienc.* Nov. 1907. S. 729). Der Opsonin-Index beim Erysipel. Die Arbeit umfafst eine grofse Zahl von Beobachtungen mit ziemlich unbestimmten Resultaten. Es wird eine verbesserte Methode der Bereitung einer Streptokokken-Emulsion beschrieben. Die von Agar-Agarkulturen gewonnene Masse wird mit 3 ccm einer sterilen Salzlösung in einer kleinen Röhre mit etwas sterilisiertem Seesand vermischt und in einer Schüttelmaschine $1^1/_2$ Stunden lang bewegt. Dann wird eine Minute lang zentrifugiert, und die abgeschiedene Flüssigkeit wird dann abgehoben. Dieselbe stellt eine brauchbare Emulsion dar.

Sequeira (*Brit. Journ. dermatol.* Bd. 18, S. 439). Fall von Lupus vulgaris und Bazinscher Krankheit mit einem Opsonin-Index von 0,7.

Sequeira (*Brit. Journ. dermatol.* Bd. 17, S. 145). Fall von Lupus vulgaris mit hohem Opsonin-Index. Behandlung ausschliefslich mit Lösungen bewirkte erhebliche Besserung.

Sichel (*Brit. Journ. dermatol.* Bd. 18, S. 150). Fall von Akne mit Heilung durch Opsoninbehandlung, nachdem sonstige Mafsregeln einschliefslich Röntgenbestrahlung versagt hatten.

Simon u. a. (*Journ. of experimental Med.* Dez. 1906). Arbeiten aus dem Rockefeller-Institute 1907. Ein Beitrag zur Kenntnis der Opsonine. Vom wichtigsten Teil dieser lehrreichen und schätzenswerten Untersuchungen ist ein Auszug im vorhergehenden Teil dieser Publikation gegeben worden.

J. E. Squire (*Brit. med. Journ.* 15. Juni 1907). Allgemeine Schilderung. Spezielle Betrachtungen über die Vaccinebehandlung der Tuberkulose. Die Gründe, weshalb er die Methode für gefährlich bei Phthise hält. Grofser Wert derselben als Prophylaktikum und zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulosefälle.

C. E. Simon (*Journ. of experimental Med.* 21. Sept. 1907). Weist auf die Schwierigkeiten der Herstellung von gleichmäfsigen Bakterienemulsionen hin, namentlich was Tuberkel betrifft. Erkennt an, dafs die Einführung der bakteriellen Vaccinen einen wichtigen Fortschritt in der rationellen Therapie bedeutet, ist aber nicht davon überzeugt, dafs der Wrightsche Opsonin-Index die gewünschte Richtschnur für die Behandlung abgibt. Ganz minimale Dosen der Vaccine kann man mit Zwischenräumen von je einer oder zwei Wochen auch ohne Berechnung des Opsonin-Index

geben. S. schlägt vor, das Blut zu verdünnen und dann den Prozentsatz der aktiv phagocytären Zellen in den Präparaten zu bestimmen (prozentualer Index). Er kommt zu der Schlufsfolgerung, dafs von der WRIGHTschen Methode der Indexbestimmung in ihrer jetzigen Gestalt abgesehen werden müsse. Die Opsonine des normalen Blutes sind nicht von spezifischer Art; die Spezifität der Opsonine in den „Immunsera" kann als wahrscheinlich, aber nicht als erwiesen angenommen werden, und eine Opsoninimmunität im Sinne eines hohen opsonischen Gehalts des Blutes gibt es nicht.

E. TURTON und R. APPLETON (*Brit. med. Journ.* 13. April 1907). Relative opsonisierende Kraft des mütterlichen Blutserums und der Milch. Experimente mit Kuhmilch, Muttermilch und dem Blutserum von der Frau und der Kuh. Da die Untersuchungen sich auf Tuberkelbazillen und Staphylokokken bezogen, erhielt man für die Muttermilch sehr geringe Werte, während das Serum als normal befunden wurde. Das Kuhblutserum stand etwa auf halber Normalhöhe, die Milch viel tiefer. Vergleiche zwischen dem Serum des Säuglings und dem der Mutter ergaben für ersteres einen etwas geringeren Opsonin-Index.

E. J. TURTON (*Practitioner.* Nov. 1907.) Die Opsoninbehandlung der Lungentuberkulose mittels Tuberkulins. 17 mit Vaccine behandelte Fälle; sieben hatten guten Erfolg, vier besserten sich, sechs Fälle traten spät in die Behandlung ein, und von diesen zeigte einer schon Besserung. TURTON empfiehlt, bei jedem Fall eine spezielle, vom betreffenden Sputum usw. zu gewinnende Vaccine anzuwenden.

NB. Eine sehr grofse Reihe von Abhandlungen usw. sind über die Behandlung von Lungenphthise mittels der Opsoninmethoden veröffentlicht worden. Viele Autoren sind von den erzielten Resultaten sehr begeistert, andere ungewifs, einige pessimistisch.

R. H. URWICK (*Brit. med. Journ.* 22. Juli 1905). Betrachtungen über die opsonisierende Kraft von Patienten mit Tuberkulose. Gibt den Opsonin-Index einer grofsen Anzahl von Fällen mit verschiedenen Formen der Krankheit in tabellarischer Übersicht. Kurven der Schwankungen des Opsonin-Indexes bei Tuberkulosefällen.

VARNEY (*Journ. amer. med. Assoc.* 1907). Bericht über 25 so behandelte Fälle, meistens Aknefälle; Heilung bei der Mehrzahl; zwei Patienten mit Sykose geheilt, fünf Fälle von Furunkulose alle geheilt.

A. WHITFIELD (*Journ. cutan. dis.* 1907. S. 529). Allgemeine Besprechung. Bei universeller Furunkulose ist die Opsoninbehandlung gleichmäfsig und mit Sicherheit von Erfolg begleitet. Bei Sykose ist sie ein wertvolles Hilfsmittel, erfordert aber längere Anwendung. Bei Akne ist die Wirkung sehr unbestimmt; manchmal erzielt man eine schnelle Heilung, manchmal gar keinen Erfolg. Bei septischer Dermatitis und Geschwüren ist die Methode als Beihilfe empfehlenswert. Bei BAZINscher Krankheit unzuverlässig; von grofsem Werte dagegen bei tuberkulösen Ulcerationen; bei Lupus eine nützliche Zugabe.

A. W. WILLIAMS (*Brit. Journ. dermatol.* Bd. 19, S. 46). Fall von Lupus vulgaris erythematoides (LELOIR) mit BAZINscher Krankheit: Opsonin-Index für Tuberkel 0,5; derselbe stieg unter Liegekur im Freien und Sonnenlichtbehandlung auf 0,9 unter entsprechender Besserung der Krankheit. Vaccine wurde nicht verwendet. Fall von Lupus vulgaris: Opsonin-Index für Tuberkel stieg von 0,5 auf 0,9 nach Tuberkulin und Behandlung an der freien Luft und in der Sonne unter entsprechender allgemeiner Besserung.

A. W. WILLIAMS (*Antiseptic.* Nov. 1907). Allgemeine Schilderung der Opsoninbehandlung bei Lupus.

A. W. WILLIAMS *Antiseptic*. Dez. 1907). Die Wirkung des Alkohols auf den Opsonin-Index. Verfasser berichtet über einige an ihm selbst ausgeführte Experimente, welche ergaben, dafs auf die Einführung eines Quantums Whisky der Opsonin-Index sinkt. Er schliefst hieraus, dafs es ratsam ist, dem Lupuskranken den Alkohol zu verbieten.

A. E. WRIGHT (*Lancet*. 29. März 1902. S. 874). Die Behandlung der Furunkulose, Sykose und Akne durch Impfung mit einer Staphylokokkenvaccine. Der Fall betraf einen Mann, der zunächst sich mit septischem Material infizierte, als er eine septische Tracheotomiekanüle reinigte. Die Lokalinfektion führte zu allgemeiner Pyämie, Genesung; seit mehr als sieben Jahren ist er aber niemals von Furunkeln, Sykosis usw. wieder frei geworden. Ein oberflächlicher Furunkel des Gesichts lieferte eine Reinkultur von Staphylococcus albus; später erhielt man aus einem tiefsitzenden Furunkel der Stirn eine Reinkultur von Staphylococcus aureus. Details über Blutuntersuchung usw. Man beschlofs, einen Versuch mit einer Vaccine von Staphylococcus aureus zu machen. Nach drei Dosen war der Patient vollständig und, soweit die Beobachtung reicht, dauernd geheilt. Andere hier noch mitgeteilte Fälle lieferten gleich gute Resultate. Details sind ausführlich mitgeteilt über die Agglutinationskraft, die baktericide und auch die phagocytäre Fähigkeit des Blutes bei diesen Fällen.

A. E. WRIGHT (*Lancet*. 5. Juli 1902. S. 11.) Über einige neue Methoden bei der Untersuchung des Blutes und Bakterienkulturen. Diese Abhandlung enthält u. a. die WRIGHTsche Methode zur Bestimmung der Zahl der Bakterien in einer gegebenen Kultur oder Emulsion, nämlich durch Vermischung mit Blut von bekanntem Gehalt an roten Blutkörperchen (siehe Beschreibung der Methode zur Normierung einer Vaccine).

A. E. WRIGHT (*Brit. med. Journ*. 9. Mai 1903). Therapeutische Impfung mit bakteriellen Vaccinen. Allgemeine Beschreibung nebst Einzelheiten über eine Reihe von Fällen aus der ersten Entwicklungszeit der WRIGHTschen Vaccinebehandlung.

A. E. WRIGHT (*Brit. med. Journ*. 7. Mai 1904). Die Behandlung von Akne, Furunkulose und Sykose durch die therapeutische Impfung einer Staphylokokkenvaccine. Allgemeine Schilderung. Details über eine Anzahl so behandelter Fälle; z. B., 55jähriger Arzt, seit drei bis vier Jahren wiederholt Furunkel gehabt, Opsonin-Index am 4. Dezember 0,79. Wurde mit 2500 Millionen Staphylokokken geimpft. Am 10. Dezember eine zweite Dosis. Am 17. Dezember letzter Furunkel in der Besserung begriffen; Opsonin-Index 1,56. Dieser Patient litt seitdem nicht wieder an Furunkeln. Beispiel: Student der Medizin mit intensiver und hartnäckiger Sykosis und häufigen Abscessen. Opsonin-Index 0,73. Nach zweimonatiger Behandlung Patient geheilt. Opsonin-Index 1,75. Nach weiteren fünf Monaten Rezidiv; es wurden darauf noch zwei Impfungen mit den von einer Pustel am Kinn des Patienten entnommenen Staphylokokken gegeben, und die Affektion heilte wieder ab.

A. E. WRIGHT (*Clin. Journ*. 9. Nov. 1904). Vortrag über die Inokulationsmethode bei Tuberkulose. Darlegung der Grundprinzipien. Bericht über Fälle mit vorzüglichen Resultaten bei Tuberkulose der Abdominalhöhle, Nieren, Knochen, Haut und Drüsen.

A. E. WRIGHT und Andere (*Brit. Journ. dermatol*. Bd. 16, S. 283). Die Prinzipien und die praktische Anwendung der Behandlung mittels bakterieller Vaccinen. Diskussion.

A. E. Wright und S. R. Douglas (*Proceeed. Royal Soc.* 1904. Bd. 73). **Eine experimentelle Untersuchung über die Rolle der Blutflüssigkeiten in bezug auf Phagocytose.**

A. E. Wright und S. R. Douglas (*Proceed. Royal Soc.* 1904. Bd. 74). Über den von den Blutflüssigkeiten auf den Tuberkelbacillus ausgeübten Einfluſs und die Entwicklung von Schutzmitteln im menschlichen Organismus nach Impfungen mit Tuberkelvaccine.

A. E. Wright und S. R. Douglas (*Proceed. Royal Soc.* 1903. Bd. 73). Weitere Beobachtungen über die Rolle der Blutflüssigkeiten in bezug auf Phagocytose.

A. E. Wright: Eine kurze Abhandlung über Impfung gegen Abdominaltyphus (London 1904).

A. E. Wright und S. R. Douglas (*Proceed. Royal Soc.* 26. Juli 1904). Über den von den menschlichen Blutflüssigkeiten auf den Staphylococcus pyogenes ausgeübten Einfluſs und über die Entwicklung von Schutzmitteln im menschlichen Organismus nach Impfungen mit einer Staphylokokkenvaccine. **Ein niedriger Opsonin-Index gegen Staphylococcus findet sich in der Regel bei den Staphylokokkeninfektionen.**

Anfangsbuchstaben des Patienten	Art der Staphylokokkeninfektion	Opsonin-Index
E. G.	Furunkulose	0,48
E. F.	Sykose	0,49
J. E.	Akne	0,64
J. H.	Furunkulose	0,87
W. B.	Akne	0,55
E. H.	Akne	0,82
W. H.	Furunkulose	0,79
R. G.	Furunkulose	0,70
G. L.	Akne und Sykosis	0,74
S. C.	Furunkulose	0,87
W. L.	Furunkulose	0,88
W. P.	Furunkulose	0,39
S. F.	Sehr intensive Sykosis	0,10
E. F. D.	Akne	0,73
D. C.	Sykosis	0,80
D. M.	Akne	0,48
W. M.	Sykosis	0,37
E. P.	Akne	0,60
M. S.	Pustelbildung der Lippen	0,60
F. V.	Wiederholte septische Infektion	0,47

Der nächste Punkt von Interesse war der Vergleich zwischen der opsonisierenden Kraft des Blutserums von einem Kranken und des Serums von zentrifugiertem Eiter. Es wurde konstatiert, daſs bei den durch derbes Gewebe usw. mehr oder weniger isolierten Abscessen das Eiterserum im Vergleich zum Blute einen sehr niedrigen Index hatte, daſs aber nach Eröffnung der Abscesse und der Applikation von heiſsen Umschlägen usw. das Eiterserum dem Blutserum in bezug auf Opsoningehalt gleich kam, und die Kranken sich dann erholten. Hieraus folgert W., daſs ein hoher Opsonin-Index des Blutes und Miſserfolg in der Behandlung der Lokalaffektion als direkte

Wirkung der Zirkulationsstörung an dem erkrankten Gebiete resp. den Gebieten zu erklären ist. Vergleichende Experimente mit dem Serum aus der Nabelschnur des Kindes und dem Serum, welches aus dem Blute der Fingerbeere der Mutter entnommen wurde, zeigte bei beiden ein fast gleichmäfsiges opsonisches Verhalten. Zum Schlufs folgt eine Serie von Krankenberichten über Fälle von Furunkulose und Sykose, welche nach der Opsoninmethode geheilt wurden, unter Beifügung von Einzelheiten des Verlaufs und Kurven von Opsonin-Index.

A. E. Wright (*Lancet*. 2. und 9. Dezember 1905). Über die allgemeinen Grundlagen der therapeutischen Impfungen mit Bakterienvaccinen und deren Anwendung bei tuberkulöser Infektion nebst Darstellung einiger Krankheitsfälle. Beispiele: 1. Eine 20jährige Kranke; hochgradige Abmagerung, intensiver ulcerativer Lupus am ganzen Körper; machte absolut hoffnungslosen Eindruck. Stetige lokale und allgemeine Besserung nach Vaccineanwendung. 2. Ein 35jähriger Mann mit ausgedehnter tuberkulöser Infektion und Ulcerationen der Haut im Anschlufs an Tuberkulose der Hoden, der Drüsen und Knochen. Heilung durch Vaccinebehandlung. 3. Eine 28jährige Frau mit tuberkulösen Geschwüren der Unterschenkel von 14jähriger Dauer. Verschiedenerlei Behandlungsversuche waren erfolglos geblieben. Heilung trat ein nach Verabreichung von Vaccine und Hautverpflanzung. 4. Ein 35jähriger Mann mit Affektion des subcutanen Gewebes in der Umgebung des Unterkiefers und am Halse. Die Diagnose war auf Aktinomykose gestellt gewesen; Kürettieren und Jodkalium hatten keine Besserung bewirkt. Der Opsonin-Index für Tuberkel war 0,67. Unter Tuberkulinbehandlung trat fast vollständige Heilung ein. 5. Ein 35jähriger Mann mit tiefgehender Ulceration am Handrücken. Kürettieren usw. hatte man ohne Nutzen angewandt. Der Opsonin-Index für Tuberkel war 0,85. Nach Anwendung von Tuberkulin und Staphylokokkenvaccine sah man hohes Ansteigen des Index, und das Geschwür heilte vollständig aus. — Ferner wird über eine grofse Anzahl von chirurgischen und internen Fällen berichtet.

A. E. Wright und S. S. Reid (*Brit. med. Journ.* 20. Jan. 1906. S. 143). Bericht über zwei mit Bacterium coli-Vaccine behandelte Fälle von Cholecystitis. Es war bei beiden wegen Konkrementbildung operiert worden, und die Fisteln heilten bei persistierender Absonderung nicht aus. Beide genasen nach einer einzigen Impfung mit 200000000 und 100000000 Colonbazillen. Die für die Vaccine verwendeten Bazillen wurden aus dem Fistelsekret gewonnen.

A. E. Wright (*Harvey Soc. of New York*. 1907). Allgemeine Darstellung. Bespricht namentlich die Gefahr der Auto-tuberkulisation wegen der Unsicherheit in bezug auf die Gröfse der zur Resorption gelangenden Tuberkulindosen. Die in der Umgebung der Herde von bakterieller Infektion sich ansammelnden Exsudate bilden häufig ein Hindernis für die Heilung, da sie den Lymphstrom aufhalten und somit die Bewegung der Opsonine durch die betreffenden Teile inhibieren.

A. E. Wright (*Clin. Journ.* 16. Mai 1906). Sogenannte Antitoxinsera enthalten manchmal bakterielle Beimischungen und sind somit verkappte Vaccinen. Ein Beweis hierfür ist das Eintreten einer negativen Phase z. B. bei dem in Netley hergestellten Anti-Malta-Serum, dem Chantemesseschen Anti-Typhus-Serum und einigen Anti-Streptokokkensera.

Der hier gegebene Überblick aus der Literatur über diesen Gegenstand läfst die grofse Verschiedenheit der Ansichten, welche von vielen Autoritäten vertreten werden, erkennen. Überraschen kann dies nicht, wenn man die

technischen Schwierigkeiten der Opsoninmethoden und die zur Durchführung derselben erforderliche grofse Geduld bedenkt. Dafs der eine Forscher auffallend günstige Resultate erzielt, während ein anderer Mifserfolge zu verzeichnen hat, wird jeder leicht verstehen, der irgendwelche praktischen Erfahrungen auf diesem Gebiete besitzt. Verfasser möchten allen Kollegen, die nicht über unbeschränkte Geduld verfügen, dringend raten, von dieser Methode abzusehen; sie können sonst fest davon überzeugt sein, dafs sie ihren Kranken damit nichts nützen und nur ihre eigene unsterbliche Seele mit einer schweren Bürde von Verwünschungen belasten werden.

Das nachstehende Zitat aus einem kürzlich von R. J. GODLEE gehaltenen Vortrag stellt die Sachlage sehr poetisch dar. Er sagt: „Schliefslich haben wir mit den Möglichkeiten zum Irren, der Schwierigkeit in der Gewinnung von gleichmäfsigen Resultaten und der wirklich schrecklichen Art der Aufgabe zu rechnen. Ich habe dem Verfahren mit Entsetzen zugeschaut,

Zählen, zählen, zählen,
Bis das Hirn sich fast verschiebt,
Zählen, zählen, zählen,
Bis das müde Aug' sich trübt!

und ich habe dem Himmel gedankt, dafs meine Pflichten mich nicht auf diese Bahn verwiesen haben. Wenn man also den Wert dieses Prinzips auch voll und ganz anerkennt, so empfindet man bei der Lektüre einer Abhandlung wie diejenige von SIMON vor allem das Sehnen, dafs es möglich sein möge, eine einfachere und von Fehlerquellen freiere und für den Beobachter weniger mühselige Methode zu entdecken, damit dieses Gebiet mehr als bisher der Fall zu sein scheint, Gegenstand der praktischen Politik werde."

Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Salzschlirf.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18./31. Januar 1908.

Originalbericht von ARTHUR JORDAN-Moskau.

1. BOGROW demonstrierte eine 45jährige Frau mit **Mykosis fungoides.**

Diskussion: KRASNOGLASOW bemerkt, dafs bei dem sonst typischen Fall von Mykosis fungoides das lichenoide Stadium nicht ausgeprägt ist, so dafs man es mit einer sog. Mykosis fungoides d'emblée zu tun hat, bei der eines der drei Krankheitsstadien fehlt. Ferner gedenkt K. seiner beiden Beobachtungen von Mykosis fungoides, von denen die zweite (cf. diese *Monatshefte*, Bd. 39, S. 731) dadurch interessant war, dafs einerseits die Exstirpation eines grofsen Geschwulstknotens entgegen den Er-

wartungen durchaus unblutig verlief, und dafs andererseits der Tod zufällig durch eine Endocarditis recurrens eintrat, wobei die Sektion nirgends in den inneren Organen Metastasen der Mykosis ergab.

Meschtscherski erkundigt sich, ob sich bei der vorgestellten Kranken Naevi finden und ob diese unter der Mykosis gewachsen sind?

Bogrow erwidert, es finden sich bei der Kranken zwei Mollusca contagiosa und ein Naevus pigmentosus, die aber anscheinend vom Alter abhängig sind und jedenfalls nicht die Neigung zeigen, zu wuchern.

2. Meschtscherski führte eine 36jährige unverheiratete Dame mit **universeller Sklerodermie** vor. Der Fall beansprucht Interesse durch eine stark ausgeprägte Sklerodaktylie mit Kontrakturen an einzelnen Fingern, durch Entwicklung von Teleangiektasien auf den Handflächen und durch Osteophytenbildung auf den Claviculae, dem Manubrium sterni usw. Aufserdem ist der Fall kompliziert durch ein Sklerom des Oesophagus, da die Kranke feste Speisen nur mit Mühe schlucken kann. Im übrigen bieten die inneren Organe und das Nervensystem keine nennenswerten Veränderungen von der Norm dar.

Diskussion: Pospelow sagt, schon früher wurde in der Klinik ein Fall von Sklerodermie beobachtet, wo auch die Speiseröhre mitbetroffen war, so dafs die Bezeichnung Sklerodermie, wie er schon damals hervorgehoben hat, nicht richtig ist und durch die Benennung Sclerema simplex, zum Unterschiede von dem infektiösen Sklerem (Rhinosklerom), ersetzt werden müfste.

3. Sokolow stellte **zwei mit Radium behandelte Fälle** vor:

a) einen 67jährigen Mann mit einem **Carcinom** am linken inneren Augenwinkel und auf der linken Nasenhälfte, welches vor fünf Jahren bereits chirurgisch entfernt worden war, aber nach neun Monaten wieder rezidivierte. Unter zweimonatlicher Radiumbehandlung (40 Sitzungen von je 15—90 Minuten) ist der Prozefs auf der Haut geschwunden und nur auf der Schleimhaut des oberen Lides finden sich noch Reizungserscheinungen durch das Radium.

b) ein fünfjähriges Mädchen mit einem **Angioma labii sup. oris**, welches unter elfmaliger Radiumbestrahlung von je 15—60 Minuten Dauer ohne sichtbare Narbe geschwunden ist.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren Reschetillo, Meschtscherski, Sokolow und Pospelow.

4. Im Namen von Wostrjakow wurde eine Arbeit desselben über **Creeping disease** im Kreise Alexandrowsk des Chersonschen Gouvernements und seine Ätiologie verlesen.

Im Laufe einer langjährigen Praxis als Landarzt hat Autor einige Fälle von Creeping disease beobachtet. Meist handelte es sich um Frauen, die an den entblöfsten Körperteilen rote, gewundene Streifen aufwiesen, die aufserordentlich juckten. Nach Inzision des Streifens und Pinselung mit Jodtinktur trat Heilung ein. In einem Fall, welcher ein 13jähriges Mädchen betraf, fand Verfasser ein Würmchen, welches er nach Moskau zur Untersuchung schickte.

5. Prof. Koshewnikow (Zoolog) sprach über die **mikroskopische Untersuchung** des ihm zur Untersuchung übersandten **Würmchens**. Es handelt sich um die Larve der Gattung Gastrophilus intestinalis Dg., welche sich aber ein wenig von der von Portschinsky in seiner vorzüglichen Monographie über dieses Thema beschriebenen unterscheidet.

Pospelow dankte dem Vortragenden für seine Mitteilung und gab der Hoffnung eines weiteren Zusammenarbeitens von Medizinern und Zoologen Ausdruck.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 88, Heft 2—3. Dezember 1907.

I. **Über Eiteruntersuchungen von Akne-Folliculitis- und Furunkelsekret, ein Beitrag zur Morphologie der Exsudatzellen,** von NEUBERGER - Nürnberg. NEUBERGERS Resultate bestätigen die bisher nur an Tieren gewonnenen Beobachtungen an menschlichem Sekret, wie bisher noch keine vorliegen. Das eitrige Sekret von Akne-Folliculitis und Furunkel ist eine vorzügliche Fundstätte für Beobachtungen über Phagocytose. In diesem eitrigen Sekrete sowie in dem von Sykosis parasitaria-Infiltraten kommen als ziemlich regelmäſsiger Befund METSCHNIKOFFsche Makrophagen resp. MAXIMOWsche Eitermakrophagen vor. Diese Makrophagen sind für die Resorption wichtige Gebilde. Ihr Auftreten scheint prognostisch von günstiger Bedeutung für die Abheilung des Prozesses zu sein. Die Makrophagen sind mit den tingiblen Körpern von FLEMMING identisch. Auch die als „Kugelkernzellen" beschriebenen degenerierten polynukleären Leukocyten sind den FLEMMINGschen „tingiblen Körpern" analoge Gebilde. Die im Trachom vorkommenden Körperchenzellen sind typische Eitermakrophagen.

II. **Die Behandlung der Mikrosporie, Trychophytie und des Favus mit Röntgenstrahlen,** von F. R. M. BERGER - Cöln. An der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der städtischen Krankenanstalten Cölns wurden 15 Fälle von Favus und 60 Fälle von Trichophytie mit Röntgenlicht behandelt. B. hält diese Behandlungsart der Trichophytie und des Favus bezüglich Einfachheit, Rezidivfreiheit, Sicherheit und Kostenpunkt zurzeit für das idealste Heilverfahren. Verfasser schildert, wie er bei der Behandlung der mykotischen Krankheiten des behaarten Kopfes mit Röntgenstrahlen zur Erzielung eines gleichmäſsigen, unkomplizierten, also gefahrlosen Defluviums innerhalb mehrerer Jahre an 75 Fällen ganz systematisch vorgegangen ist. Die Bestrahlungen beziehen sich alle auf die Verwendung einer primären Stromstärke von 4 Ampère und 52 Volt Spannung, ca. 2000 Unterbrechungen in der Minute (Quecksilberstrahlunterbrechung) bei 7 cm Entfernung der Röhrenwand von der Haut bezw. 14½ cm Fokusdistanz und 7 Minuten Exposition. Die Funkenlänge des Induktors = 40 cm. Die Erfolge waren überall gute, auch erbrachte die mikroskopisch-histologische Untersuchung unter Zuhilfenahme einer sicheren Färbemethode sicheren Aufschluſs über die Keimfreiheit der Haarfollikel, und zugleich konnte man dadurch feststellen, ob die Röntgendepilation irgendwelche Abweichungen von dem physiologischen Haarwechsel zeigte. Jedenfalls führte die Röntgentherapie bei richtiger Technik ausnahmslos ohne den geringsten Schaden für das Individuum innerhalb von etwa vier Wochen zu rezidivfreier Heilung.

III. **Naevus myomatosus. Histopathologie eines solitären Myoms der Haut,** von JESIONEK und AUGUST WERNER-Gieſsen. Myome an der Haut sind seltene Vorkommnisse, ganz besonders selten sieht man solitäre Myome. Über ein solches Myom, welches aber nach Ansicht der Verfasser mehr ein hartes Solitärfibrom darstellt, berichten die Verfasser, sie beobachteten diese Geschwulst an einer 50jährigen Patientin am linken Vorderarm. Die Geschwulst war ausgezeichnet dnrch ihren beträchtlichen Umfang, ihre hervorragende Derbheit, ihre absolute Indolenz und die Tendenz zu geschwüriger Umwandlung. Die mikroskopische Untersuchung brachte

dann die Aufklärung; es handelte sich um ein Leiomyom, welches aus einer Wucherung und muskulären Umwandlung von Lymphendothelien hervorgegangen ist. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dafs sich an dem Aufbau des Tumors, wenn auch nur zum geringen Teil, jenes Bindegewebe beteiligt, welches die gewucherten Lymphgefäfschen umgibt und auch noch im Zentrum der vollentwickelten Muskelgeschwulst seine Fasern, wenn auch nur in Resten, mit den Bündeln des myomatösen Gewebes kreuzt, ist der Tumor, genauer betrachtet, als Lymphangiofibromyom anzusehen. Doch stellte die Muskelgeschwulst hier nur einen Teil des kongenital veranlagten Naevus dar; mit den charakteristischen Veränderungen im Papillarkörper und in der Epidermis zusammen bildet das „Myom" ein einheitliches Ganze, eine nosologische Einheit. Die embryonale Störung, welche an umschriebener Stelle der Haut eine Überpigmentierung, eine warzige Entartung des Papillarkörpers, Hyperplasie der Talgdrüsen und Verhornungsanomalien ausgelöst hat, hat gleichzeitig den Anstofs gegeben zu einer Wucherung der hier vorhandenen Lymphendothelien. An der einen Stelle ist es zur Entstehung der charakteristischen Naevuszellen gekommen, an einer anderen zu einer eigenartigen Umwandlung der gewucherten Endothelien zu Muskelelementen. Man hat also einen Naevus, in welchem die Wucherung des Muskelgewebes das anatomische Substrat der Mifsbildung derart beherrscht, dafs der oberflächlichen Beurteilung des Krankheitsbildes ein Solitärmyom vorgetäuscht wurde, Naevus myomatosus.

IV. **Über einen Fall von Pityriasis rubra Hebra**, von August Halle-Berlin. Es handelt sich um einen Fall aus Lessers Klinik mit kleinlamellöser, ununterbrochener Schuppung, starkem Juckreiz und dem Gefühl der Spannung in den atrophischen Hautpartien mit starkem Kältegefühl. Der Juckreiz wurde durch Karbolpillen beseitigt. Auch bestanden allgemeine Drüsenschwellungen, die wohl auf eine latente Tuberkulose der Lymphdrüsen zu beziehen sind. Die Ergebnisse der angestellten histologischen Untersuchungen des interessanten Falles stimmten in den Grundzügen mit den Angaben der meisten Autoren überein. Therapeutisch versagte das Arsen, warme Bäder wurden angenehm empfunden und ein häufiges Einfetten mit Bor-Lanolin-Vaseline hielt die lästige Schuppung in gewissen Grenzen.

V. **Petrificatio cutis circumscripta**, von S. Reines - Wien. Die Kalkablagerungen in der Haut bilden mit eines der deutlichen Beispiele für die Abhängigkeit gewisser Hauterkrankungen von allgemeineren organischen Anomalien; gleichzeitig illustrieren sie aber auch, wie sich aus den bisher untersuchten derartigen Fällen ersehen läfst, die Schwierigkeiten, welche sich, trotz sicheren Bestehens eines solchen Kausalnexus, der näheren Erforschung desselben bis in die letzten Zusammenhänge entgegenstellen. Einen interessanten Fall hatte Ehrmann aufzuweisen, den Verfasser beschreibt. Der Patient hatte neben einem seborrhoischen Ekzem der behaarten Kopfhaut auf dem freien Rande der rechten Ohrmuschel eine ca. 3 cm lange, fast rechteckige Plaque, welche die ganze Randbreite einnimmt. Die unregelmäfsig begrenzte Effloreszenz ist etwas über das Niveau der Umgebung eleviert, von derb elastischer Konsistenz und gelbweifser Farbe und glatter Oberfläche mit dunklen Linien und Pünktchen. Diese Hautveränderung besteht schon 30 Jahre. Die kleine Geschwulst wurde exstirpiert. Die histologische Untersuchung ergab: Kalkablagerungen in der Dicke der ganzen Cutis in Form grofser, meistenteils körniger Schollen in einem netzförmig angeordneten Bindegewebe liegend, welches degeneriert ist. Aufserdem findet sich in der Cutis stellenweise ein Gewebe vom Charakter des chronisch entzündlichen Granulationsgewebes mit Riesenzellen, welches als Reaktionsgewebe zu betrachten ist.

VI. **Zur Histopathologie der Paraffinprothese**, von K. Sakurane-Osaka. Die von Gersuny eingeführte Paraffinprothese wird schon oft angewendet, ohne dafs das

Schicksal des eingeführten Fremdkörpers geklärt ist. Die meisten Autoren sind der Meinung, dafs in die Gewebe eingespritztes Paraffin mit der Zeit ganz resorbiert und durch Bindegewebe substituiert wird. Die Tatsache, dafs SAKURANE in einem Falle, in welchem vor drei Jahren Paraffin. liquidum mit schwerlöslichen Quecksilbersalzen injiziert worden war, eine grofse Menge von Paraffin in loco histologisch und chemisch nachgewiesen hatte, spricht gegen die Annahme, dafs das eingespritzte Paraffin von niederem Schmelzpunkte durch eine Art Oxydation oder auf irgendeine andere Weise an Ort und Stelle vollständig resorbiert wird. Auch fand Verfasser bei einem Patienten, dem vor zwei Jahren wegen einer Sattelnase Paraffinum solidum eingespritzt worden war, eine Anzahl von sehr feinen Paraffinpartikelchen sogar in dem von der Injektionsstelle etwas entfernten Gewebe. Er machte nun Versuche am Tierkörper, um festzustellen, welchen Einflufs die Phagocytose dêr Leukocyten allein auf das sogenannte weiche Paraffin bewirken kann. Zu diesem Zwecke wurden den Tieren Paraffinkugeln in die Bauchhöhle eingebracht und in verschiedenen Zeiträumen wieder herausgenommen. Die Beschaffenheit dieser Kugeln blieb im grofsen und ganzen unverändert, der Nachweis einer phagocytären Wirkung der Leukocyten auf weiches Paraffin mifslang, das Paraffin kann innerhalb der Gewebe auch im Laufe der Zeit durch mechanische Einwirkung die Gestalt verändern.

VII. **Versuche mit der Urtica urens**, von RUDOLF WINTERNITZ-Prag. Der Reizstoff der Pflanze Urtica ureus ist ein Gemenge von freier Ameisensäure, einem Enzym und Glykosid, geeignet, um mit dem Stoffe Urticariaversuche anzustellen. Das Brennvermögen der an den Blättern und Stengeln der Urtica urens sitzenden Brennhaare geht bei der Fäulnis der Pflanzen verloren. Verfasser suchte nun daraus einen Extrakt zu gewinnen; es gelang ihm, damit Quaddeln auf der Haut hervorzubringen. Über die einzelnen Versuche wird ausführlich berichtet. Es gelang nur bei intravenöser Injektion von Urticaextrakt Hautjucken und Reizung der Nasenschleimhaut hervorzurufen.

VIII. **Vergleichende experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des FINSENschen Kohlenlichtes und der medizinischen Quarzlampe**, von PAUL MULZER-Berlin. (Schlufs.) Die Versuche zeigen in eklatanter Weise die bedeutend gröfsere Penetrationsfähigkeit des FINSENschen Kohlenbogenlichtes. Der zweite Teil schildert die Versuche über die baktericide Wirkung beider Lichtarten. Schon eine Sekunde direkter Belichtung mit der Quarzquecksilberlampe genügt, um eine enorme Wachstumshemmung, vier Sekunden, um eine absolute Tötung des Bacillus prodigiosus herbeizuführen, während mittels eines FINSEN-Apparates konzentriertes Bogenlicht nach Passage einer 0,4 mm-Haut bei einer Belichtung von einer halben Stunde noch keine Einwirkung auf das Wachstum des Bacillus prodigiosus hat. Das Quecksilberblaulicht tötet bei einer Stunde Belichtungszeit nach Passage von 0,4 mm komprimierter lebender Kaninchenhaut absolut sicher den Bacillus prodigiosus. Auch zeigen die Versuche, dafs bedeutend mehr Lichtstrahlen durch lebendes Gewebe, selbst wenn es bis zur Blutleere komprimiert wird, absorbiert werden, als durch totes von der gleichen Dicke. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band XI, Heft 8. Dezember 1907.

Über Hauttuberkulose nach Tätowierung, mit einem neuen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, von PAUL ERNST-Berlin. Die Übertragung von Krankheiten durch Tätowierung gehört immerhin zu den selteneren Vorkommnissen und steht in keinem Verhältnis zu der grofsen Anzahl der tätowierten Personen überhaupt.

Aufser Lymphangitis, Erysipel, Phlegmonen und Gangrän wurden hauptsächlich Syphilis und Tuberkulose auf diese Art übertragen. Verfasser schildert aus JOSEPHS Poliklinik einen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis. Der Mann war von einem Freunde tätowiert worden, an dem tätowierten Arm zeigten sich Warzenbildungen, ebenso an den anderen tätowierten Stellen. Die erkrankten Partien wurden mit 30%iger Resorcinpaste behandelt und waren nach fünf bis sieben Wochen geheilt, ohne Narben zu hinterlassen. Das histologische Bild einer exstirpierten Warze entsprach im wesentlichen den Veränderungen, die man gewöhnlich bei der Tuberculosis verrucosa cutis findet. Es scheint sich in diesem Falle, da die Lungen des Patienten gesund waren, um eine Inokulation von aufsen zu handeln, und zwar dadurch, dafs der Tätowierende die Farben mit seinem Speichel massierte; wahrscheinlich war der Freund tuberkulös.

Im Anschlufs an diesen Fall werden noch ähnliche von JADASSOHN, COLLINGS, MURRAY und anderen Autoren aufgezeichnet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen
der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band V, Heft 1.

Über sexuelle Aufklärung der Abiturienten. Bericht des Vorstandes der D. G. B. G., erstattet an den Minister der geistlichen, Medizinal- und Schulangelegenheiten im September 1906.

Heft 2 und 5.

Geschlechtsleben und Nervensystem, von A. EULENBURG-Berlin. Nach einem entwicklungsgeschichtlichen Rückblick auf die Uranfänge organischen Lebens und auf die ersten Anfänge geschlechtlichen Empfindens bespricht der Verfasser unter Anführung zahlreicher Zitate aus der Literatur den Gattungstrieb, den Fortpflanzungstrieb, die Geschlechtsgefühle und die Frage der Doppelgeschlechtigkeit in gedrängter Kürze. Im Schlufssatz geht E. auf die sexuelle Abstinenz und ihre vermeintlichen Gefahren ein, indem er anführt, dafs durch sexuelle Enthaltsamkeit allein, ohne Mitwirkung anderweitiger Schädlichkeiten und ohne vorausbestehende krankhafte Veranlagung, Gesundheitsschädigungen nicht eintreten.

Heft 3 und 4.

Die Aufgaben der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf dem Gebiete der Sexualpädagogik, von A. BLASCHKO - Berlin. Die Erziehung des Menschen zu einem gesunden und natürlichen Geschlechtsleben, einem Sexualleben, das dem Menschen selbst körperliche und seelische Befriedigung gewährt, seiner Gesundheit förderlich ist, die Gesamtheit nicht schädigt, die Tüchtigkeit der Rasse zu erhalten, ja zu steigern geeignet ist, ist die Aufgabe einer guten Sexualpädagogik. Um sie zu erfüllen, bedarf es der Hygiene und der Ethik, erfordert es, Körper und Seele schon von frühester Jugend an so zu stählen, dafs der erwachende Geschlechtstrieb von selbst schon eine gesunde Richtung nimmt im starken Selbstbeherrschen und im reinen Gefühlsleben.

Heft 6.

Preisausschreiben für die beste volkstümliche Flugschrift für Soldaten und Matrosen. *Schourp-Danzig.*

Zeitschrift für Urologie.

Band I, Heft 10—12. Band II, Heft 1 u. 2.

Zur chirurgischen Behandlung der Prostatatuberkulose, von O. Hildebrand. Da die Prostatatuberkulose häufig wohl eine späte Etappe im Ablauf der Urogenitaltuberkulose darstellt, in manchen Fällen aber auch primär vorkommt oder wenigstens nur mit Tuberkulose peripherer Organe, wie der Hoden, verknüpft ist, so ergibt sich, daſs sie in solchen Fällen gelegentlich Gelegenheit zu erfolgreichen Eingriffen bieten kann. Als Weg zur operativen Behandlung der Prostatatuberkulose ist der vom Damm aus zu wählen, da dann die Harnorgane unverletzt bleiben und Harnfisteln vermieden werden. Verfasser beschreibt zwei von ihm mit gutem Erfolg operierte Fälle.

Ein neues Verfahren zur operativen Behandlung der Ectopia vesicae, von Rovsing. An Stelle der genialen Trendelenburgschen Operation, die leider nicht immer gute Resultate gab, schlägt Verfasser eine vereinfachte Operation vor. Die Blase wird reponiert, an der Haut-Schleimhautgrenze umschnitten und nun die Verbindung zwischen Blase und Urethra durchtrennt. Dann läſst sich die Blasenwand zwanglos um einen Pezzerkatheter vereinigen. Die Haut läſst sich dann meist leicht über und unter der Blasenfistel vereinigen. Bei Knaben schlieſst man dann noch eine Epispadieoperation an. Der Harnweg ist vom Genitalkanal getrennt. Wenn die Heilung gut vonstatten geht, wird der Katheter später durch einen Stopfen verschlossen, der in immer längeren Zwischenräumen geöffnet wird. So erweitert sich die Blase allmählich. In einem Falle wurde der Druck des Katheters nicht ertragen, da gelang es, die Abdichtung durch eine dichtschlieſsende Silberkapsel mit daran befestigtem Urinale zu erreichen.

Totalenucleation der Prostata, als Radikalbehandlung der Hypertrophie, mit einer Statistik von 432 operierten Fällen, von P. J. Freyer, übersetzt von W. Caro. Verfasser schildert zunächst die anatomischen Zustände, weist darauf hin, daſs die Prostata auſser von einer Capsula propria von einer zweiten Kapsel resp. Fascie umgeben ist, die vornehmlich von der Fascia recto-vesicalis gebildet wird. Zwischen diesen beiden Kapseln findet die Enukleation statt. Der Mittellappen ist meist paarig, wie überhaupt die Prostata ein paariges Organ ist. Die Operation wird bei mit Borsäure gefüllter Blase suprapubisch ausgeführt; den Blasenschnitt macht Verfasser einen Zoll lang und geht sofort mit einem Finger in die Blase und kratzt mit dem Nagel die Schleimhaut über dem vorspringenden Teile des Mittellappens durch. Während der Zeigefinger der anderen Hand vom Rektum aus entgegendrückt, wird nun mit dem Finger stumpf die Drüse ausgeschält, bis sie nur noch an der Urethra hängt; diese wird dann durchtrennt und nun die enukleierte Drüse wie ein Fremdkörper aus der Blase gezogen. Einlage eines Drainrohrs; Blasennaht. 7% Mortalität, sonst ausgezeichnetes Heilresultat.

Zur Technik der suprapubischen Prostatektomie, von Willy Meyer. Verfasser macht es ähnlich wie in vorstehender Arbeit beschrieben ist, nur macht er den Blasenschnitt gröſser, 5—7 cm, geht mit der ganzen Hand in die Blase und drückt die Prostata nicht vom Rektum entgegen. Auch schneidet er die Blasenschleimhaut über dem Mittellappen mit Cooperscher Schere ein; die Auslösung macht er in vier bis sechs Minuten. Drain, Naht.

Über das einseitige Auftreten der Nephritis, von Pousson. Ebenso wie die chirurgischen Nierenkrankheiten sind auch die nichtchirurgischen, akute, wie chronische Nephritiden, in nicht seltenen Fällen auf eine Seite beschränkt.

Über die Bestimmung der Funktionsfähigkeit gesunder Nieren durch den Ureterenkatheterismus, von Pereschinokin. Eine richtige Vorstellung von der Funktionsfähigkeit der Nieren kann nur aus solchen Untersuchungen gewonnen

werden, die mit dem in demselben Zeitraum abgesonderten und durch simultane Sondierung des aus jeder Niere getrennt aufgefangenen Harns ausgeführt sind. Keine der Methoden vermag eine absolut genaue Vorstellung von der Funktionstätigkeit einer Niere zu geben. Als genaueste mufs noch die Zuckerausscheidung nach Phloridzin-Injektion angesehen werden: die Unterschiede zwischen rechts und links überschritten nicht 0,25%. Wenn also der Zuckerwert der einen Niere dem der anderen um mehr als 0,25% nachsteht, so ist sie erkrankt. Eine nähere Vorstellung über den Grad der Erkrankung kann mit Hilfe der mikroskopischen und chemischen Harnuntersuchung, der Bestimmung des spezifischen Gewichts und der Kryoskopie gewonnen werden.

Untersuchungen über den Wert der Refraktometrie des Blutserums für die funktionelle Nierendiagnostik, von Goldammer. Die schöne und einfache Methode der Refraktometrie des Blutserums ist für die Untersuchung der Funktionstüchtigkeit der Nieren wertlos; da sie keinen Aufschlufs über den Gehalt des Blutes an Retentionsbestandteilen gibt, sie kann also die Kryoskopie nicht ersetzen.

Über Malakoplakie der Harnblase, von Zangemeister. Die schon früher beschriebene Patientin Zangemeisters, deren Malakoplakie sich im Laufe des Jahres nicht verändert hatte, konnte endlich mit Tuberkulin geprüft werden; es ergab sich, dafs die sonst keinerlei tuberkulöse Symptome aufweisende Patientin eine typische Tuberkulinreaktion zeigte. Damit ist für ihn der Zusammenhang der Malakoplakie mit Tuberkulose erwiesen.

Durch Nephrolithiasis bedingte Paranephritis, Atrophie der betreffenden Niere, Nephrolithotomie, Heilung, von Ravasini. Die Überschrift gibt den Inhalt der Arbeit wieder.

Zur Diagnose, Prophylaxe und endovesikalen Therapie incarcerierter Ureterensteine, von Zabel. Der gichtische Patient litt seit längerer Zeit an Schmerzen, die etwa dem rechten Harnleiter entsprachen und in das Glied ausstrahlten. Die cystoskopische Untersuchung durch Casper ergab einen in der rechten Ureterenmündung eingeklemmten Stein, der zum Teil in die Blase hineinragte. Die Entfernung durch dahintergespritztes Öl gelang nicht, dagegen liefs sich ein Teil mit der Zange abkneifen und darauf entleerte sich abends der Rest, etwa halbbohnengrofs, per vias naturales. In diagnostischer Hinsicht interessant ist in diesem Falle, dafs die Röntgenphotographie versagt hatte.

Bemerkenswertes Heilungsresultat nach doppelseitiger Samenblasen- und Nebenhodentuberkulose, von Paravicini. Verfasser beschreibt einen Fall von dem Typus, den Roux als „Tuberculeux vigoureux" bezeichnet hat: ein 33jähriger Arzt machte mit 20 Jahren mehrere trockene Pleuritiden durch und erkrankte dann an doppelseitiger Tuberkulose der Hoden und Samenstränge. Diese Erkrankungen heilten spontan und der Patient erfreut sich seitdem einer vorzüglichen Gesundheit.

Über Albuminurie, von Posner. Während die Albuminurie früher als Zeichen des Morbus Brightii angesehen wurde, kommt man jetzt immer mehr zu der Ansicht, dafs sie nur ein Symptom ist, das auf eine Abweichung von der Norm hinweist. Man findet, dafs Albuminurie oft einseitig vorkommt, so bei Betastung und Massage einer tiefstehenden Niere. Man kann annehmen, dafs oft zuerst nur eine Niere erkrankt, und dafs die Erkrankung bei dem innigen Zusammenhang zwischen beiden Nieren erst später auf die andere übergeht.

Erfahrungen über eine neue Behandlungsmethode der chronischen Urethritis, von Lohnstein. Zur Behandlung besonders hartnäckiger Urethritiden, besonders von kurzen Infiltraten des Bulbus hat Verfasser eine Doppelcurette konstruiert, die gedeckt eingeführt und dann durch eine Schraube zum Hervortreten gebracht

wird, so dafs das Kaliber bei äufserster Herausschraubung etwa 80 Charrière beträgt. Mit dieser Curette wird die Schleimhaut in mehrmaligen Sitzungen jedesmal in einer Ebene hebelnd abgeschabt. Besonders geeignet sind Fälle von Urethritis mit Hämospermie als Zeichen von Wucherungen am Caput gallinaginis, ferner solche von epithelialen Wucherungen und endlich zottenartige Polypen der hinteren Harnröhre. Bedeutend erleichtert wird das Auffinden derartiger Veränderungen durch die Goldschmidtsche Endoskopie. Verfasser hat auch eine einfache Curette in Verbindung mit diesem Endoskop konstruiert.

Zur Palpation der Prostata, der Samenblasen und der vesikalen Endung der Ureteren, von Sellei. Verfasser empfiehlt die Palpation des Patienten in kauernder Stellung desselben vorzunehmen, d. h. der Patient kniet auf dem Untersuchungsstuhle und rückt dann mit dem Hinterteile zurück, dafs die Oberschenkel fast die in horizontaler Lage befindlichen Unterschenkel berühren. So gelingt die Abtastung überraschend leicht, da die straffangespannten Bauchmuskeln, besonders bei gefüllter Blase, die Prostata tief ins Rektum hinunterdrücken.

Klimatische Heilerfolge bei Nierenkrankheiten in Ägypten, von G. Heim. Das trockene Klima Ägyptens eignet sich vor allem für die Heilung frischer akuter Nephritiden nach Scharlach, Diphtherie usw. Aber auch chronische parenchymatöse Nephritis wird gebessert, ebenso juvenile Albuminurie. Nicht geeignet ist es für arteriosklerotische Nierenaffektion, während die Ärzte einstimmig die an Schrumpfniere Leidenden zur Kur am Nil ermuntern. Ebenso empfiehlt die Kur sich für Nephritis Tuberkulöser und für Kranke nach Nierenexstirpation, um der anderen Niere die Anpassung an die doppelte Arbeit zu erleichtern.

Über Albuminurie, von v. Noorden. Verfasser bespricht die Albuminurien, die nicht als Beginn einer chronischen Nephritis anzusehen sind; diese sozusagen unbedenklichen Albuminurien kennzeichnen sich dadurch, dafs sie häufig intermittierend sind, und dafs sich meist keine Cylinder bei ihnen finden; sie finden sich als orthostatische und juvenile Albuminurie, als solche nach körperlichen Anstrengungen, nach Ablauf einer akuten Nephritis, als prätuberkulöse Albuminurie und als Albuminurie bei Stoffwechselkrankheiten, z. B. bei Diabetes mellitus, endlich Albuminurie bei Altersnephritiden. Im Anschlufs gibt v. Noorden einige Andeutungen über die Therapie.

Die Phosphaturie, eine traumatische Neurose, von Orlowski. Verfasser schildert einige Fälle von Phosphaturie mit besonderem Hervortreten der urogenitalen Symptome, die sämtlich durch die Behandlung der Harnröhre verschlimmert wurden. Er stellt sich auf den gewifs allgemeinen Anklang findenden Standpunkt, jede spezialistische urologische Behandlung abzulehnen, vielmehr den Patienten zur Behandlung einer Neurasthenie Anstaltsbehandlung zu empfehlen, oder vielleicht eine Kur in irgendeinem Wildbad, wo keine Gelegenheit zu spezialistischer Behandlung gegeben ist.

Plattenmodelle der männlichen Harnröhre und der Cowperschen Drüsen, von v. Lichtenberg. Verfasser empfiehlt die von ihm gearbeiteten Modelle zum Studium der verwickelten morphologischen Verhältnisse der Urethra und ihrer Anhänge.

Diagnostik und Therapie der Nierentumoren, von Küster. Bei der Diagnostik empfiehlt Verfasser aufser den älteren Untersuchungsmethoden insbesondere die Phloridzinprobe. Man mufs möglichst eine Erforschung der pathologisch-anatomischen Unterschiede der Tumoren zu fördern suchen, und trachten, die Tumoren schon in ihrer ersten Entwicklung kennen zu lernen. Jeder Nierentumor erfordert die Nephrektomie, Verfasser gibt der transperitonealen Operationsmethode den Vorzug. Die Lumbalanästhesie ist für alle schwierigen Operationen empfehlenswert.

Diagnose und Therapie der Nierentumoren, von v. Eiselsberg. Verfasser bespricht dasselbe Thema auf Grund seiner Erfahrungen und kommt zu ähnlichen Schlüssen, er ist aber mehr Anhänger der lumbalen Operationsmethode.

Die Funktionsprüfung der Niere (Phloridzin) bei Quecksilbercylindroidurie und der Ablauf der Nylanderschen Reaktion in Quecksilberzuckerharnen, von Bandler und Fischel. Die Phloridzininjektion erzeugte bei allen mit Hg behandelten Fällen prompt einen Diabetes, der sich stets gleich blieb und nach ca. 2½ Stunden erloschen war. Es liefs sich in keinem ein Funktionsausfall der Nieren nachweisen. In einer Arbeit von Bechhold war behauptet worden, dafs Quecksilberzuckerharne die Wismut-Nylanderprobe nicht geben oder eine Verzögerung dieser Probe zeigen. Verfasser weisen den Irrtum dieser Behauptung durch ihre Versuche nach und schieben dies darauf, dafs Bechhold die Nylanderprobe nicht vorschriftsmäfsig ausgeführt habe.

Experimentell erzeugte ascendierende Nierentuberkulose, von Wildbolz. Verfasser erzeugte Nierentuberkulose durch Injektion von Perlsuchtbakterien in den Ureter von Kaninchen; da stets die geimpfte Seite eine schwerer erkrankte Niere aufwies, so kann die Infektion nicht auf dem Blutwege, sondern nur durch den Harnweg erzeugt sein. Die Lymphwege spielen bei diesen Injektionsversuchen keine Rolle. Ferner erzielte er Nierentuberkulose durch Einspritzung von Tuberkelbazillenemulsion in die Blase, wenn er nach Abbindung des Ureters den Druck in der Blase durch Einfüllen von Kochsalzlösung für 10—15 Minuten auf 2 cm Quecksilber steigerte.

Association française d'Urologie, Oktober 1907. Referat von O. Mankiewicz.

Die geschlossene tuberkulöse Pyonephrose, von Zuckerkandl. Verfasser hatte wiederholt bemerkt, dafs bei erwiesener Tuberkulose der Blase und den Anzeichen von renaler Eiterretention die Cystoskopie nur eine arbeitende Niere ergab. Er nahm an, dafs es sich in solchen Fällen um eine solitäre Niere handelte, bis ihm in einem ähnlichen Falle die diagnostische Freilegung beider Nieren zeigte, dafs sich an der nicht secernierenden Seite eine stark verkleinerte, von derber Kapsel umgebene Geschwulst fand, die sich als die vollständig tuberkulös entartete, sklerotisierte Niere erwies. Verfasser fand diese Schrumpfung als eine Art von Heilungsprozefs auf, betont aber die Wichtigkeit der Entfernung eines solchen tuberkulösen Herdes zur Sicherung der anderen Niere.

Über die Gröfse des Penis und die Kapazität der Blase bei Japanern, von Tanaka. Verfasser hat eingehende Messungen über Länge und Umfang des Penis, der vorderen und gesamten Harnröhre und die Blasenkapazität bei Japanern angestellt; er findet sie im allgemeinen kleiner als bei Europäern, entsprechend der geringeren Körpergröfse.

Über Nierenblutungen, von Kotzenberg. Verfasser beschäftigt sich mit den sogenannten essentiellen Nierenblutungen, die durch ihre Massenhaftigkeit gelegentlich das Leben gefährden und so ein chirurgisches Eingreifen verlangen. Als Ursache nimmt er Nephritis an, die sich im Bereich der Rinde, speziell im Kapillarsystem, abspielt, und die makroskopisch nie, mikroskopisch nur bei allersorgfältigster Untersuchung von Rindenstücken aus den verschiedensten Teilen der Niere nachgewiesen werden kann. Therapeutisch kommt aufser der Nephrektomie die Nephrotomie und die Dekapsulation zur Entlastung der entzündlichen Gefäfsbezirke mit gutem Erfolge in Betracht.

Über den diagnostischen Wert der Chromocystoskopie bei chirurgischen Nierenerkrankungen, von Thelen. Die nach Injektion von 80 mg Indigcarmin beobachtete Ausscheidung von blauem Urin, die bei funktionstüchtigen Nieren nach ca. 7 Minuten auftritt, benutzte Verfasser zur cystoskopischen Prüfung des Nieren-

zustandes. Er fand in zahlreichen durch die nachfolgende Operation kontrollierten Fällen, dafs bei Nierentuberkulose die funktionsuntüchtige Niere keinen oder nur wenig gefärbten Urin absonderte. Ähnliche Beobachtungen machte er bei Steinniere.

Bericht über zwei operierte Fälle papillärer Geschwülste der Blase, von Lichtenstern. In zwei Fällen von Blasenpapillomen, die durch Sectio alta operiert wurden, konnte Verfasser nicht allein in dem Rezidiv der Tumoren in der Blase deren maligne Entartung nachweisen, sondern er fand auch in den Bauchdecken eine ganz isolierte Metastase von Carcinom.

Ein seltener Fall von Nebenhodenechinococcus, von Samurawkin. Verfasser beschreibt einen seltenen Fall von vereitertem Echinococcus des Nebenhodens, der durch Operation geheilt wurde. Die mikroskopische Untersuchung soll die Diagnose bestätigt haben. *F. Hahn-Bremen.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 11, Nr. 12.

I. **Gründliche Behandlung der Syphilis,** von Jean Dardel - Aix - les - Bains. Der Verfasser vertritt den Fournierschen Standpunkt der chronisch-intermittierenden Quecksilber- und Jodbehandlung.

II. **Invasion der auswärtsgebogenen Lippen,** von Charles C. Miller-Chicago. Im rechten Winkel zum Lippenrande werden Inzisionen unter Infiltrationsanästhesie gemacht und die Nähte parallel dem Lippenrande gelegt. Bei sehr starker Lippenhypertrophie ist Exzision notwendig.

III. **Behandlung der Lepra,** von Matthias Duque-Havanna. Empfehlung eines Extraktes aus der roten Mangrove, einer Rhizophoracee.

IV. **Angeborene Verschlüsse der Harnröhre des Mannes,** von John H. Cunningham-Boston. Rückblick auf die Literatur und Bericht eines Falles von einem ausgetragenen Foetus mit Anorchismus, Atresie der Urethra, mit einer durch eine Wand in zwei Teile geteilten Blase, dilatierten Ureteren und Cystennieren.

V. **Ursachen von Nierenerkrankungen,** von Davis L. Field - Jeffersonville. Das Klima in verschiedenen Landstrichen Amerikas begünstigt durch jähen Witterungsumschlag, Abkühlung und Feuchtigkeit das Entstehen von Nierenentzündung.

VI. **Symptome und Diagnose der chronischen Blennorrhoe des Mannes,** von Harry G. Irvine-Minneapolis. Wichtigkeit der Untersuchung auf Prostatitis und Vesiculitis.

VII. **Berufsgeheimnisse,** von Edward S. McKee-Cincinnati.

VIII. **Pruritus vulvae. Seine Behandlung,** von Thomas H. Allen-New York. Hämorrhoiden, Mastdarmfissuren, Proctitis und organische Mastdarmleiden können Ursache des Pruritus vulvae sein und erfordern entsprechende Behandlung. Das Symptom des Juckens schwindet auf Bromkaliumdarreichung und Umschläge mit Antipyrin-Karbolwasser. Sehr starkes Jucken in den grofsen und kleinen Labien läfst die Vermutung auf Uterusflexionen oder Uterustumoren berechtigt erscheinen. Pruritus des Scheideneinganges kommt bei venösem Angiom der Urethra vor und schwindet nach dessen Kauterisation. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

Januar 1908.

Bemerkungen über einen Fall von kongenitaler Ichthyosis hystrix linearis oder Hystricismus (Syn.: Ichthyosis cornea, Naevus verrucosus vel Naevus papillaris vel Papilloma neuroticum usw.), von J. H. Stowers. Die Patientin, um die es sich

in St.s Fall handelte, war ein acht Jahre altes Mädchen, das jüngere von zwei Kindern gesunder Eltern. Die Hauterscheinungen, welche sich langsam von der Zeit ihrer Geburt bis zum Alter von sechs Jahren entwickelten, haben seitdem wenig Veränderungen erfahren; nach den anamnestischen Angaben ist sie symmetrisch, und zwar zuerst an Unterextremitäten und Rumpf und dann erst an Armen, Vorderarmen und Händen aufgetreten. Die Hauterscheinungen zeigten beträchtliche Verschiedenheiten in Form, Farbe und Graden, aber der papilläre oder warzige Charakter war durchaus sehr ausgeprägt. Die Grundelemente der Eruption waren Papeln mit oder ohne Schuppen; diese wurden bei weiterer Ausdehnung erhabene, wuchernde, verhärtete Auswüchse, und schließlich breite, warzige Gebilde und dornenartige Prominenzen. Einige waren nur vereinzelt, andere saßen multipel beisammen, während wieder andere in Gruppen zusammengedrängt waren, wobei die verschiedenen Horngewächse eine zusammenhängende Basis, aber auseinanderstehende Enden hatten. Arme und rechter Hinterbacken waren von diesen Auswüchsen am dichtesten besetzt, die linienförmige Anordnung am deutlichsten am rechten Ober-, linken Vorderarm und an der ganzen Innenfläche des linken Beines. Blutungen oder Ulcerationen waren nicht aufgetreten. Patientin wurde in das Krankenhaus zur Entfernung verschiedener Geschwulstmassen aufgenommen und diese mit nachfolgender Hauttransplantation ausgeführt. Die der Arbeit beigegebenen Illustrationen geben ein treffliches Bild der charakteristischen Affektion.

Ein weiterer Bericht über die Ätiologie des Kinderekzems, von Arthur J. Hall-Contale. Seine früheren Betrachtungen über das Ekzem der Kinder, die sich auf 60 Fälle gründeten (*British Journal of Dermatology*, Mai-August 1905, referiert in Band 41 der *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, S. 384 u. ff.), schließt sich nun die Zusammenfassung von weiteren 40 Fällen an, welche Hall zu denselben Schlußfolgerungen, wie in seinen früheren Arbeiten bezüglich ersten Sitz des Leidens, Alter, in dem es zuerst auftritt, Jahreszeit (die kälteren Momente), Geschlecht, Beziehung der Impfung, der Nahrung, der Zahnbildung usw. kommt. Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, seien die Leser der Monatshefte auf das l. c. angeführte, sehr ausführliche Referat verwiesen. *Stern-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band II, Heft 12. Dezember 1907.

1. **Über einen Fall von Lues tertiaria praecox,** von Petrini de Galatz-Bukarest. Es handelt sich um eine 17jährige Frau, welche einen phagedänischen Schanker am Kinn, Schwellung der Halsdrüsen, Kopfschmerzen und lentikuläres papulöses Exanthem am Stamme hatte, daneben bestand eine Ulceration an der linken Mandel, und wurde eine Behandlung mit Injektionen von Sublimat und daneben wegen des Schwächezustandes der Patientin von Cacodylsäure eingeleitet, auch wurden gleichzeitig Roborantien gegeben. Während unter der Therapie das lentikuläre Syphilid schwand, nahm das ekthymatöse Syphilid an den Seiten zu, ebenso verschlechterte sich das Aussehen des Schankers am Kinn. Die Injektionen wurden nach einem Monat zeitweilig sistiert und der Schanker nur lokal behandelt. Nach zehntägiger Ruhe begannen dann Einspritzungen von Kalomel, unter denen die Ulcerationen allmählich vernarbten. Trotzdem erschien im dritten Monat der Behandlung an der linken Wange ein Gumma sowie ein gleiches am weichen Gaumen, welches trotz Behandlung zur Perforation und Sequesterbildung im Gaumen führte. Da Jodkalium schlecht vertragen wurde, und man schließlich, weil auch bei den Geschwistern der Patientin Tuberkulose bestand, daran dachte, daß die Tuberkulose eventuell den

schlechten Heilerfolg bedinge, wurde roborierende Diät und eine grofse Zahl von Guajakoleinspritzungen vorgenommen, unter denen sich der Allgemeinzustand sichtlich besserte, ohne dafs der Schanker heilte. Nach weiterer Pause wurden nun von neuem Kalomelinjektionen angewandt, und zwar dieses Mal mit Erfolg, so dafs Patientin endlich das Krankenhaus nach fünfmonatlichem Aufenthalt verlassen konnte. Der durch die Tuberkulose geschwächte Boden scheint hier also der Grund für das frühzeitige Auftreten der Tertiärsymptome zu sein.

II. **Über einen Fall von syphilitischem weifsen Pseudotumor,** von Vivier-Paris. Es handelt sich um einen interessanten Fall von Gelenksyphilis, bei dem die Lues lange Zeit nicht erkannt worden war und bei dem bereits zur Amputation des Beins geschritten werden sollte, weil es sich scheinbar um einen weifsen Tumor des Knies handelte. Da man an Knietuberkulose dachte, wurde darauf, weil der Kranke jede Operation verweigerte, eine konservative Behandlung empfohlen. Aufser den Erscheinungen am Bein bestand noch ein nufsgrofser fluktuierende Tumor an der rechten Stirnseite, der sicher mit dem Knochen zusammenhing. Ins Knie wurden nunmehr zehn Injektionen von Jodoformöl und Kreosot ohne Erfolg gemacht, wegen seines schlechten Allgemeinzustandes sollte Patient dann ans Meer und Injektionen von Kampfernaphtol haben. Patient zog darauf fort und liefs sich auswärts mit Massagen behandeln, der Erfolg war überraschend, die Schmerzen im Knie hörten auf, wenn auch der Gang schwer blieb. Nach Monaten zeigte sich Patient wieder in Paris in entschieden gebesserter Verfassung, doch hatte er nun Exostosen am Stirnbein und am Occipitale. Trotz mangelnder luetischer Anamnese kam Verfasser nunmehr, da es sich keinesfalls um einen weifsen Tumor gehandelt haben konnte, auf den Verdacht, dafs hier Lues vorläge und begann daher mit Injektionen von Hydrargyrum benzoatum, die Schmerzen hörten auf, aber der Erfolg war sonst gering, erst nach zwei weiteren Injektionskuren trat Erfolg und schliefslich Heilung ein. Der Fall zeigt, dafs man auch bei sehr unwahrscheinlichen Fällen oft an Syphilis denken mufs und dafs man nicht zu früh die Flinte ins Korn werfen soll, wenn die Behandlung anfangs versagt. Im vorliegenden Falle hätte ein schwerer chirurgischer Eingriff jedenfalls nie wieder gutzumachenden Schaden angerichtet, ohne dem Kranken zu nützen.

III. **Über Ausnahmen vom Colles-Baumèschen Gesetz: Ansteckung der Mutter durch das eigene hereditär-luetische Kind,** von Louis Bory. Nach dem Collesschen Gesetz kann eine Mutter ihr eigenes hereditär-luetisches Kind stillen, ohne sich der Gefahr einer Infektion auszusetzen. Doch sind in den letzten Jahren, besonders von Finger, manche Ausnahmen von der Regel berichtet worden, welche zeigen, dafs die Infektion immerhin vorkommen kann, auch andere Autoren sahen solche Fälle und mahnen zur Vorsicht. Bory beschreibt einen neuen Fall, wo eine 23jährige, scheinbar gesunde Frau von ihrem eigenen hereditär-luetischen Kinde angesteckt wurde und zwar safs die Eingangspforte an der Brustwarze. In der üblichen Zeit zeigte sich bei der jungen Mutter dann Exanthem am ganzen Körper sowie Plaques an den Lippen und im Munde. Eine antiluetische Kur brachte Heilung. Es gibt demnach für die Mutter, die einen vom Vater her syphilitischen Foetus in sich trägt, drei Möglichkeiten:

1. Die Mutter wird durch den Foetus selbst luetisch (Choc en retour, konzeptionelle Syphilis).

2. Die Mutter ist selbst nicht syphilitisch geworden, aber immunisiert gegen die Krankheit (latente Syphilis).

3. Die Mutter bleibt vollständig gesund und kann, da sie von der Krankheit bisher unbeeinflufst war, nach der Geburt des syphilitischen Kindes angesteckt werden.

Das letztere ist immer als Ausnahme zu betrachten.

IV. **Eine neue Herstellungsart von Kalomel zu Injektionen**, von EUDLITZ, LAFAY und LÉVY-BING. Die Kalomelinjektionen wirken bei der Syphilis bekanntlich am stärksten und am schnellsten, aber sie sind auch die schmerzhaftesten und unbequemsten. Daher ist man seit langem bemüht, ein Präparat aus Kalomel zu finden, welches die unangenehmen Eigenschaften nicht zeigt, aber trotzdem die große Wirksamkeit behält. Dieses neue Präparat meinen die Verfasser nunmehr gefunden zu haben. Sie haben mit demselben bisher 138 Einspritzungen gemacht und schlagen vor, die alten Formeln vom Kalomel auszumerzen und dafür ein solches in derselben Konzentration wie das graue Öl (40 %) zu nehmen. Anstatt der gewöhnlichen Spritze von 1 ccm eine kleine auf 0,01 graduierte zu verwenden, die ebenso wie für Kalomel auch für graues Öl, Hydrargyrum salicyl. usw. anwendbar ist. Das neue Mittel soll sehr energisch und schnell wirken und sehr wenig schmerzen.

V. **Über einen syphilitischen Schanker am Meatus der Frau**, von BORY. Der Schanker saß am Harnröhreneingang bei einer 24jährigen Frau und sah aus wie eine mit Argentum geätzte Ulceration, obgleich dieselbe nie behandelt worden war. An den Leisten bestanden indolente Bubonen, Roseola trat überall auf. Die Patientin klagte über Schmerzen beim Urinieren und beim Stuhlgang, da auch am After eine Ulceration bemerkbar ist, die an einen weichen Schanker erinnerte. Unter spezifischer Therapie erfolgte schnell Heilung, die nur durch eine zeitweilige Angina lacunaris simplex etwas gestört wurde. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bücherbesprechungen.

Die Bedeutung der Katalyse für die Medizin. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Stoffwechselvorgänge, von H. SCHADE. (Walter G. Mühlau, Kiel 1907.) Nach einem Überblick über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Katalyse, über die Beziehungen der Katalyse zur Fermentwirkung und über katalytische Studien zur Intraorganoxydation behandelt SCH. die Eisen-, Silber- und Quecksilbertherapie vom Standpunkt der Katalyse. Bezüglich der Quecksilberwirkung nimmt SCH. an, daß das Gebiet der durch das Hg und seine Verbindungen aktivierten Reaktionen sich nicht allein auf die von ihm direkt katalysierbaren Vorgänge beschränkt, sondern daneben, vielleicht aber auch vornehmlich, eine mehr oder weniger große Gruppe von fermentativ bedingten Prozessen komplizierterer Natur betrifft; SCH. betrachtet die Erscheinungen der Hypersalivation, der gesteigerten Darmtätigkeit, die Diurese als Folgezustände einer Intraorgankatalyse oder einer aktivierenden Beeinflussung physiologischer fermentativer Prozesse. Vor sämtlichen bekannten Wirkungsarten ist die katalytische Beeinflussung des Quecksilbers dadurch ausgezeichnet, daß sie bei Konzentrationen von 1:1000000 und darüber, d. h. bei Verdünnungen, in welchen von sonstigen Prozessen nichts mehr wahrgenommen werden kann, noch eine beträchtliche Größenordnung aufweist. Ähnliche katalytische Eigenschaften kommen dem Jod zu. — Die nächsten Kapitel behandeln den Kohlehydratstoffwechsel und dessen Störung beim Diabetes und den Fettstoffwechsel und die Fettsucht vom Standpunkt der Katalyse, enthalten allgemeine Betrachtungen über die physiologische und therapeutische Bedeutung der Mineralstoffe und geben eine Zusammenstellung der katalytischen Wirkungsarten. Im Schlußwort lenkt der Verfasser dann die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer katalytischen Untersuchungsweise der Ausatmungsluft und auf die Klärung der Genese der Tumoren durch systematische Untersuchungen von katalytischen Gesichtspunkten. *Schourp-Danzig.*

Die Röntgentherapie nach ihrem heutigen Stande, von Ed. Gottschalk. (Ferd. Enke, Stuttgart 1907.) Die Arbeit bringt zunächst die genaue Beschreibung je eines Falles von Leukämie und Pseudoleukämie, welche durch Röntgenstrahlen gebessert wurden. Für den Dermatologen von Interesse sind die günstigen Erfahrungen, welche G. in Übereinstimmung mit anderen bei Cancroid und bei Carcinom der Mamma machte. Er weist auf die Untersuchungen des verstorbenen Embryologen Alfred Schaper hin, welchem es gelang, durch Bestrahlungen junger Tiere und Tierembryonen ausgeprägte Mifsbildungen zu erzielen, sowie auf die bekannten Einwirkungen auf Eierstock und Hoden. Diese Tatsachen deuten darauf hin, dafs gerade ganz junge Zellen dem spezifischen Einflufs der Röntgenstrahlen intensiv unterliegen, zu welchen ja auch die Zellen des Carcinoms gehören. Neben dieser Anschauung läfst er auch die gelten, welche eine primäre Schädigung der Blutgefäfse annimmt und in der dadurch hervorgerufenen Verschlechterung der Blutversorgung, also des Nährbodens, das Absterben des Carcinoms bedingt sieht. Er macht für beide Wirkungen, für die elektiv-epitheliale und für die auf die Blutgefäfse, verschiedene aber gleichzeitig wirkende Arten von Röntgenstrahlen verantwortlich.

Von den eigentlichen dermatologischen Indikationen der Röntgenstrahlen interessiert, dafs G. denselben in der Behandlung des Lupus vulgaris einen hervorragenden Platz zuweist. Für Alopecia areata lehnt er sie ab zugunsten der Quarzlampe. Eine besondere Empfehlung widmet er den Röntgenstrahlen in der Behandlung schwerer Gesichtsakne.

Von Mefsapparaten benutzt er das Milliampèremeter und das Dosimeter von Sabouraud und Noiré. *Arthur Schucht-Danzig.*

Der Einflufs unserer therapeutischen Mafsnahmen auf die Entzündungen, von Jean Schäffer, Privatdozent für Dermatologie an der Universität zu Breslau. (Ferd. Enke, Stuttgart 1907.) Vorliegende Arbeit ist ein aufserordentlich erfreuliches Unternehmen, systematisch die Wirkung von vorzugsweise physikalischen Heilmitteln auf experimentell bei Tieren erzeugte eitrige Dermatitiden durch die mikroskopische Untersuchung nachzuweisen. Das Verfahren, dessen sich der Verfasser bedient, ist nicht weniger vortrefflich als die Fragestellung. Er löst die Aufgabe, eine genau dosierbare Entzündung hervorzurufen, dadurch, dafs er mit Silbernitrat oder Bakterien imprägnierte Fäden in symmetrischer Anordnung unter die Haut einführt und um eine Störung von aufsen zu verhüten, die Einstichstellen mit Collodium verschliefst. Die eine Seite bleibt zur Kontrolle stets unbehandelt. Die Behandlung der entzündeten Partien erfolgt mit thermischem Verfahren (heifse Umschläge, Thermophor), Eisblase, feuchten Verbänden, Alkoholverbänden, Jodpinselung, Pflastermull- und Pflasterbehandlung sowie Stauungsbehandlung.

Verfasser kommt zu dem Schlufs, dafs die lokale Hitzebehandlung jeder Art einen mächtigen Einflufs auf die entstehenden oder schon entwickelten Entzündungsprozesse ausübt. Die einzelnen Individuen reagieren sehr verschieden auf die Hitzeapplikation. Als obere Grenze der noch vertragenen feuchtwarmen Umschläge fand Verfasser ca. 42°, bei trockener Wärme (Thermophor) ca. 46°, Temperaturen, die nach Ullmann mit den Temperaturen, welche vom Menschen ertragen werden, übereinstimmen. Die Tiefenwirkung ist nach Verfasser sehr gering, die Temperaturerhöhung in der Urethra bei auf die Penishaut applizierten 42° heifsen feuchten Umschlägen 1,6 bis 4,5° C. Demnach spielen rein physikalische Momente eine untergeordnete Rolle, den wesentlichen Faktor bilden physiologische (Blut- und Lymphzirkulation). Die lokale Hitze ist ein vorzügliches Mittel, um eine aktive Hyperämie und Strombeschleunigung herbeizuführen, was aus der prallen Arterienfüllung geschlossen wird. Hierbei beteiligen sich alle Schichten der Hautarterien, wodurch die oft ausgesprochene Meinung wider-

legt wird, als ob bei Dilatation der cutanen Gefäſse eine Kontraktion der subcutanen aufträte. Bei Hitzegraden von 43° (48° bei trockener Wärme) traten Gefäſsschädigungen auf. Die Anwendung des Thermophor bewirkt die arterielle Hyperämie am stärksten (BIER). Auſser der Hyperämie konnte Verfasser bei jeder Art von lokaler Wärmebehandlung eine sehr starke Lymphsekretion in allen Hautschichten nachweisen, auf welche Verfasser groſsen Wert legt. Diese „Hyperlymphie" hält nach Aussetzen der thermischen Behandlung noch längere Zeit an. Verfasser konnte keine absolute Abhängigkeit derselben von dem Tonus der Blutgefäſse konstatieren. Er verneint die Frage, ob ein thermisches Ödem mit dem BIERschen Stauungsödem oder dem pathologischen Stauungsödem etwas zu tun hat. Desgleichen nicht mit dem LASSARschen Hitzeödem (Einwirkung von 54° C heiſsem Wasser). Verfasser hält daran fest, daſs das bei seinen Versuchen erzeugte Ödem einen günstigen Einfluſs auf die Entzündung ausübe. Das Ödem wirkt verdünnend und resorptionsbeschleunigend. Bei der Hitzebehandlung bakterieller Entzündungen scheint das Ödem den wesentlichen Einfluſs zu haben. Es beschleunigt bei der Absceſsbildung den Durchbruch. Schlieſslich spielt das Ödem eine groſse Rolle bei der Verhinderung und Beseitigung von Infiltraten, d. h. bei der Entzündung und Eiterung. Der gewöhnliche Leukocytenzerfall in Bröckel verläuft unter thermischer Einwirkung anders. Die Kerne werden unscharf und schlecht färbbar, schlieſslich bleiben nur noch helle, schwammige Protoplasmakugeln („Leukocytenschatten"). Diese sind um so häufiger, je weiter sie von den Gefäſsen entfernt liegen, insbesondere häufig dort, wo starkes Ödem existiert. Einer direkten thermischen Einwirkung entsprechen diese Leukocytendegenerationen, die hauptsächlich in tieferen Schichten vorkommen und bei starken Hitzegraden fehlen, nicht. Verfasser weist, gestützt auf seine Versuche, die Anschauung zurück, als ob die Wärmebehandlung eine Vermehrung der Entzündung hervorruft; im Gegenteil ist lokale Wärme von 39—42° (46°) das beste Mittel, um Eiterungen zu verhindern. Wo dies bei Beginn der Entzündung geschieht, kann eine Eiterung gänzlich verhindert werden. Eine frühzeitige Hitzebehandlung leistet sehr viel mehr als eine später einsetzende. Die Wirkung der Hitzebehandlung dauert nach dem Aussetzen derselben noch lange Zeit fort. Auch kurze wiederholte Applikationen können von Nutzen sein. Sehr günstig wirkt alternierende Wärme und Spiritusverband. Quoad Verhinderung der Eiterung sind die feuchtwarmen Umschläge besser als die trockene Wärme. Auch die Bakteriolyse findet nicht statt durch die Hitze an und für sich, sondern durch die vermehrte Zirkulation. Zu hohe Temperaturen bringen das Gewebe zur Nekrose und schädigen es.

Bei der Kältebehandlung macht Verfasser zuerst die Bemerkung, daſs eine gewöhnliche Schweinsblase sehr viel stärkere Einwirkung auf das histologische Bild hat als die in der Praxis gebräuchliche Gummiblase. Die Gröſse der abzukühlenden Fläche hatte keinen wesentlichen Effekt. Geringe Gewebsschädigungen traten auf, verschwanden jedoch nach Aussetzen der Schweinsblase sofort. Das Wesentliche der Kältewirkung ist die starke Verlangsamung aller vitalen Vorgänge. Die Arterien sind kontrahiert, die Venen erweitert. Bei längerer Einwirkungsdauer (acht bis zehn Stunden) tritt Stase ein. Die Resorption ist stark verlangsamt. Argentuminjektionen können stärkere örtliche Wirkungen entfalten. Bei sofortiger Behandlung tritt keine Reaktion der Leukocyten auf den Entzündungsvorgang ein. Dagegen füllen diese prall die Venen und bilden eine förmliche innere und äuſsere Austapezierung. Diese Einscheidung der Venen ist wesentliche Wirkung der Kälte, die bekanntlich nach den Versuchen von SAMUEL WILMS u. a. eine starke gleichmäſsige Tiefenwirkung hat. Es findet bei der Kältebehandlung nicht nur absolut keine Nachwirkung statt, sondern vom Moment des Aussetzens beginnt eine um so intensivere Reaktion. Die Wirkung

der Kälte ist im Gegensatz zur Wärmewirkung eine direkte. Die Wirkung einer sofortigen Kältebehandlung ist einer späteren Behandlung sehr überlegen. Ist die Entzündung fortgeschritten, so ist Kältebehandlung keine geeignete Therapie. Zwischen chemischer und bakterieller Entzündung ist kein wesentlicher Unterschied hinsichtlich der Beeinflussung durch Kälte.

Verfasser hält bei allen infizierten oder stark secernierenden Wunden einen feuchten antiseptischen Verband für besser als einen trockenen. (Dafs hiermit die Chirurgen im allgemeinen einverstanden sein werden, möchte Referent bezweifeln.) Nach einem sehr allgemein gehaltenen Überblick über den feuchten Verband und seine Anwendungen geht Verfasser zu der Frage über: Wie wird ein entzündlicher Prozefs durch die Behandlung mit feuchten Verbänden beeinflufst? Hierbei ergibt sich, dafs kurzdauernde feuchte Umschläge unter Luftausschlufs mit essigsaurer Tonerde die Entzündung anregen, längerdauernde dieselbe vermindern. Mikroskopisch zeigt sich eine starke Venenfüllung und ein Ödem der oberen Cutisschicht. Bei den sog. Priessnitzschen Umschlägen mit Luftzutritt ergab sich eine ausgesprochene Verstärkung der Leukocytenemigration ohne Venenerweiterung. Im allgemeinen ist bei feuchten Umschlägen der Effekt sehr viel geringer als bei thermischer Behandlung.

Bei Anwendung von spirituösen Verbänden kommen starke individuelle Verschiedenheiten in der Reaktion vor. Je konzentrierter der Spiritus, desto besser die Wirkung. Die Gefäfserweiterung ist ausgeprägt, jedoch wechselnd, bald arterieller, bald venöser Natur. Verfasser bemerkt richtig, dafs arterielle und venöse Hyperämie nicht zu streng zu trennen sind. Unabhängig von diesen Blutgefäfsveränderungen fand sich ein starkes Ödem. Ebenso wie bei Hitzebehandlung gelingt es bei frühzeitiger Spiritusbehandlung, ein Exsudat vollständig zu verhindern. Die Resultate der Spiritusbehandlung gleichen ganz denen der Hitzebehandlung.

Durch Methylenblauinjektion ins ödematöse Gewebe wurde bewiesen, dafs eine starke Zirkulation darin stattfand.

Bei Pinselungen mit Jodtinktur und Applikation von Pflastermullen (Hg-Pflastermull, Hg-Karbol-Pflastermull, Salicylseifenpflastermull) fallen die relativ starken Schädigungen der Epidermis auf. Aufserdem ist eine starke Venenfüllung und Ödem der Cutis bei der Pinselung zu beobachten. Der Einflufs auf die Emigrationsprozesse ist sehr gering. Von einer stärkeren Tiefenwirkung war selbst bei übertriebener Jodbehandlung keine Rede. Bei Hg-Pflastermull ist das massenhafte Auftreten von Leukocyten bemerkenswert, die Verfasser (wie schon Unna. Ref.) durch Chemotaxis erklärt. Die Kernteilungsfiguren waren im Anfang vermehrt. Hyperämie und Ödem sind gering. Bei Applikation von Salicylseifenpflastermull fanden sich keine Entzündungterscheinungen, dagegen Ödem der Epidermis und oberen Cutisschichten.

Nach einer längeren Auseinandersetzung über die modernen Hypothesen und Resultate über Schutzmittel des Organismus gegen Entzündungserreger bespricht Verfasser seine Versuche mit Stauungsbehandlung. Verfasser fand eine ausgesprochene Füllung der Venen. Bei stärkerem Ödem waren die Capillaren und kleineren Venen blutleer. Zwischen therapeutischem Stauungsödem und anderweitig erzeugtem pathologischem Ödem bestehen gewisse histologische Unterschiede. Die Argentumniederschläge wurden nach Aussetzen der Behandlung rascher resorbiert. Während der Behandlung war die Resorption verlangsamt. Die Leukocyten zeigen schon nach kurzer Behandlung gewisse Degenerationserscheinungen: Schlechte Färbbarkeit des Kernes ohne sonstige Veränderungen. Die Leukocyten fehlen auf der behandelten Seite im Umkreise des Entzündungsprozesses, sind dagegen massenhaft in den Venen angesammelt, so dafs die Gefäfswand derselben vollständig durch sie verdeckt wird (ähnlich wie bei Kältebehandlung). Bei übertriebener Stauung sind alle diese Faktoren geringer,

die Schädigung stärker. Nach Aussetzen der Stauung tritt eine längere Nachwirkung ein. Auch auf bakterielle Entzündungen wirkte die Staubehandlung günstig ein, obgleich Leukocyten so gut wie fehlen. In seinem Schlufswort fafst der Verfasser seine Resultate dahin zusammen, dafs den meisten Behandlungsweisen auch eine eigentümliche Wirkung auf den Entzündungsprozefs zukommt, dafs den Körpersäften ein viel gröfserer Heilerfolg zuzuschreiben ist als den körperlichen Elementen. Verfasser betont sehr richtig, dafs man Laboratoriumsexperimente nicht ohne weiteres in die Praxis übertragen darf.

Die beigegebenen Abbildungen, besonders die der Wärme- und Saugbehandlung, wirken sehr überzeugend. Abbildungen der geschilderten Versuche mit Pflastermullen und impermeablen Pflastern gibt der Verfasser leider nicht.

Im ganzen genommen ist Schäffers Arbeit, der aufserordentlich fleifsige, über viele Jahre sich erstreckende Untersuchungen zugrunde liegen, ein sehr wertvoller Beitrag zur allgemeinen Therapie der Haut, allerdings auch nicht mehr.

Der Titel — Der Einflufs unserer therapeutischen Mafsnahmen auf die Entzündung — sagt mehr aus als der Verfasser uns bietet. Seine Arbeit handelt fast nur über die Einwirkung unserer *physikalischen* Heilmethoden auf ein ganz beschränktes Gebiet der Hautentzündungen, nämlich nur auf experimentell erzeugte *eitrige Dermatitiden*. Das ganze grofse Gebiet der serösen Entzündungen, vor allem der Ekzeme, wird gar nicht berührt und die unendlich grofse Menge unserer chemischen Heilmittel in ihrer Beziehung zur Entzündung nur eben gestreift.

Dieser seiner Beschränkung auf ein relativ kleines Gebiet der gewöhnlichen dermatologischen Praxis scheint sich Verfasser doch nicht ganz bewufst geworden zu sein, wie er denn offen eingesteht, dafs viele Ärzte das Interesse an neueren chemischen Heilmitteln verloren haben.

Nur so, nämlich durch eine Unterschätzung unserer chemischen Heilmittel und Überschätzung der physikalischen, ist es denn auch verständlich, dafs das einzige bisherige Lehrbuch der allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten von P. G. Unna, welches ausführlich von den chemischen Einwirkungen unserer Heilmittel handelt, vom Verfasser nicht nur nicht erwähnt, sondern nicht einmal im Literaturverzeichnis angeführt wird, wenn auch manche Lehren und Ansichten Unnas und seiner Schüler (z. B. Frickenhaus), so die besondere Wichtigkeit der Serotaxis, die Darstellung der Quecksilberwirkung als einer leukotaktischen, die Existenz der Chemotaxis überhaupt, die geringe Bewertung der Phagocytose bei Hautentzündungen erfreulicherweise vom Verfasser bestätigt werden. Etwas weit geht die Reserve hinsichtlich der Arbeiten Unnas allerdings, wenn er mit vollständiger Übergehung derselben in einer wissenschaftlichen dermatotherapeutischen Untersuchung von „Beiersdorfs“ Pflastermullen spricht.

Eine Ergänzung der histologischen Details durch Protoplasmafärbungen wäre sehr erwünscht, um den Anteil der Bindegewebszellen an der eitrigen Entzündung genauer kennen zu lernen. Verfasser bediente sich fast nur der Kernfärbemethoden.

Sodann müssen wir uns, wie auch Verfasser zugibt, bei solchen experimentell pathologischen Arbeiten, die nur am Tierkörper ausgeführt werden, immer vor Augen halten, dafs die Verhältnisse von denen der menschlichen Haut doch zu verschieden sind — beim Tier eine dicht behaarte, relativ wenig empfindliche, beim Menschen eine nackte, sehr empfindliche Haut —, um die dort gewonnenen Erfahrungen direkt in die Praxis übertragen zu können. Jedenfalls wären einige Kontrollversuche beim Menschen sehr erwünscht. *P. Unna jun.-Hamburg.*

Die Behandlung der Blennorrhoe des Mannes, von Orlowski-Berlin. (A. Stuber, Würzburg 1908.) Das kleine Heft ist für Ärzte und Studierende geschrieben

und lediglich der Therapie der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen gewidmet, ohne eine einseitige Behandlungsart zu bevorzugen. Es behandelt die Abortivbehandlung des akuten Trippers, allgemeine Erörterungen über die Behandlung der akuten Blennorrhoe und die spezielle Durchführung der Behandlung, ferner die Therapie der Epididymitis, Prostatitis usw., und wendet sich dann der chronischen Blennorrhoe mit ihren anatomischen Veränderungen und Behandlung zu, mit spezieller Berücksichtigung der Strikturen und der selteneren Komplikationen. Zahlreiche Abbildungen des Instrumentariums erläutern die Worte des Textes. Wenn das Heft auch dem Spezialfachmann nicht viel Neues bringt, so wird es doch dem Leserkreise, an den es gerichtet ist, ein nützliches Buch sein, das seinen Zweck hat und ihm Anleitung gibt in der Behandlung dieser crux medicorum et patientium.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die tierischen Parasiten des Menschen, von Max Braun. (A. Stuber, Würzburg 1908.) Das Buch liegt in vierter, vermehrter und verbesserter Auflage vor und wird den Fortschritten des Wissens auf parasitologischem Gebiete in jeder Weise gerecht, besonders ist der Abschnitt über die parasitischen Urtiere sehr erweitert und umgearbeitet und enthält auch die Arten und Gruppen der Parasiten, die den Menschen nicht befallen. 60 neue Abbildungen sind neu hinzugekommen, die Literatur ist am Schlusse des Buches zusammengestellt und gestattet so ein bequemeres Auffinden und eine leichtere Übersicht. In das Verzeichnis der angeführten und beschriebenen Arten und ihrer Symptome sind auch die Namen der im Text erwähnten Wirtsarten aufgenommen worden. Dem zoologischen Teile des Werkes ist von Prof. Dr. Seifert-Würzburg ein klinisch-therapeutischer hinzugefügt, der sicher allen Lesern sehr willkommen ist. Im übrigen ist das Buch würdig ausgestattet und in der inneren Einteilung dasselbe geblieben, es wird auch in der jetzigen Form sicher seinen Leserkreis finden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Geschlechtsschwäche, von Orlowski-Berlin. (A. Stuber, Würzburg 1908.) Das kleine Heft wendet sich an die Laien und soll ihnen Aufschlufs geben über die Gefahren der Onanie und über die Geschlechtsschwäche und eine Warnung vor marktschreierischen Reklameschriften sein. Nach einer Schilderung der normalen Geschlechtskraft forscht Verfasser nach den Ursachen der Impotenz, von denen er zuerst auf die Onanie näher eingeht, die nicht so schädlich ist, wie man meine, und die nie Rückenmarksleiden und nie Gehirnkrankheiten herbeiführe, aber immerhin, wenn übertrieben, schädlich wirke, besonders da sie zur Depression und Neurasthenie führe. Weit schädlicher ist der Coitus interruptus, der fast immer Impotenz nach sich zieht, ebenso wie die frustane Libido und die zu häufigen Pollutionen. Neben diesen örtlichen geschlechtlichen Leiden können auch allgemeine Krankheiten schwächenden Einflufs auf die Geschlechtsorgane ausüben (Fettsucht, Diabetes, Nephritis), der letzte Grund ist dann die psychische Impotenz. Abschnitt III schildert die Erscheinungen der Geschlechtsschwäche, IV die letztere und die Zeugungsunfähigkeit. Der fünfte Hauptteil ist dann der Behandlung der Impotenz gewidmet und mit besonderer Sorgfalt behandelt, betont wird darin mit berechtigtem Nachdruck, dafs ein Medikament, eine Kur, ein Verfahren gegen Impotenz allgemein verordnet, gemeiner Schwindel ist, manche Formen seien unheilbar und mufs man bei der Therapie stets die einzelnen Gesichtspunkte berücksichtigen. Die Diät wird besprochen, die mechanische und seelische Behandlung, ebenso wie die indirekte (reflektorische) und direkte des Rückenmarks und Gehirns durch den galvanischen Strom. Die Hauptsache ist in jedem Falle eine sorgfältige allgemeine Behandlung.

Das Buch kann den Laien manche wissenswerte Auskunft geben und ist frei von jeder Reklame. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Freiheit oder gesundheitliche Überwachung der Gewerbsunzucht? von GASTON VORBERG. (München, Verlag der ärztlichen Rundschau [Otto Gmelin]). Verfasser stellt in sehr anschaulicher Weise die Schlagworte der Abolitionisten und Reglementaristen gegenüber. In dem Kapitel: Was uns das Ausland lehrt, lesen wir, dafs 1904 in Frankreich, wo die Abolitionisten noch am wenigsten erreicht haben, auf eine vertrauliche „Umfrage betreffend die Nützlichkeit, Notwendigkeit, Unentbehrlichkeit der öffentlichen Häuser“ 74 Bürgermeister der Hauptstädte sich für Beibehaltung, nur 13 gegen die Bordelle aussprachen.

Von den einzeln lebenden, regelmäfsig zur Untersuchung kommenden und aufgegriffenen Kontrolldirnen waren 1882 13,2 % syphilitisch, 1902 nur 4 %, dem entsprachen 1882 2916, 1902 65551 Verhaftungen wegen Übertretungen der Polizeivorschriften. Verfasser folgert daraus: Je schärfer die polizeiliche Überwachung, um so mehr achtet die Dirne auf den Zustand ihres Körpers.

Die nicht unter Kontrolle stehenden geheimen Dirnen lassen sich zumeist nicht ärztlich behandeln, trotzdem sie in Paris Gelegenheit haben, sich in der öffentlichen Sprechstunde der Krankenhäuser behandeln zu lassen, ohne mit der Polizei in Berührung zu kommen. Dem entspricht die Feststellung des Pariser Dispensaire de Salubrité 1872 bis 1906: Bei Kontrolldirnen unter 3711875 Untersuchungen 13704 Syphilisfälle, bei nicht unter Polizeiaufsicht stehenden Dirnen unter 100767 Untersuchungen 13145 Syphilisfälle.

Die in Paris aufgegriffenen minderjährigen Dirnen werden ihren Eltern wieder zugeführt; wohnen dieselben in der Provinz oder sind sie mittellos, auf Kosten der Gemeinde.

In Italien stieg nach der Aufhebung der Überwachung der Prostitution durch Crispi 1888 im ersten Jahre die Ansteckung im Heere von 4,25 % auf 10,25 %. Dieselbe Zunahme zeigte sich in allen Krankenhäusern des Königreichs, ebenso bei der Marine. Dagegen verminderte sich die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Dirnen um mehr als das Doppelte.

Sehr lehrreich in Hinsicht der Bordellfrage sind die Verhältnisse in der Schweiz, wo das Genfer Volk sich 1896 für, das Zürcher 1897 gegen die Bordelle ausgesprochen hat. Als Folge davon hat sich in Zürich die Prostitution in kleinen Familien, Animierkneipen und Zigarrenläden eingenistet.

Für die Verhältnisse in England ist charakteristisch, dafs nur ein Krankenhaus in London Geschlechtskranke aufnimmt (135 Betten). Die Krankheitsziffer des Heeres steht mit 174 Geschlechtskranken auf 1000 Mann an der Spitze der Krankheitsziffern aller Nationen. Deutschland hat die niedrigste Ziffer mit 29,9 auf 1000.

In Norwegen hat sich trotz der kostenlosen Krankenhausbehandlung seit der Aufhebung der Dirnenüberwachung 1888 die Zahl der im Krankenhause Aufnahme suchenden Prostituierten beträchtlich vermindert, die Zahl der kranken Dienstmädchen und Arbeiterinnen dagegen vermehrt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Beitrag zur blutigen Behandlung der Varicen der unteren Gliedmafsen, von MAURICE L. LUTAUD. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 63.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Behandlung der Hämorrhoiden. (*Therap. Monatsberichte.* 1907. Heft 3.) Gegen die bei Hämorrhoidariern gewöhnlich bestehende chronische Verstopfung wird Cascarine Leprince empfohlen. In veralteten Fällen Faradisation der atonischen Darmstellen und Vibrationsmassage des Unterleibs. Lokal empfiehlt Loewenstein (*Med. Klinik* 1907, Nr. 6) sein Pessar-Suppositorium, bestehend aus einem elastischen polsterartigen Kern und einer bei Körpertemperatur löslichen Hülle, welcher Medikamente beigemischt werden. *A. Schucht-Danzig.*

Über „kongenitale Hämorrhoiden“, von F. V. Milward-Birmingham. (*Lancet.* Nr. 4370.) Verfasser hat bei drei Säuglingen im Alter von 11—16 Wochen am After eine kleine Geschwulstbildung beobachtet, welche er mit einigem Widerstreben als Hämorrhoiden bezeichnet. Nach Aussage der Mütter hätten die Läsionen von der Geburt an bestanden. Die Tumoren waren von dem Umfang einer grofsen Erbse, safsen am Eingang zum Mastdarm und liefsen sich mit der Schere leicht entfernen. Die Struktur war die eines faserigen Fettgewebes. (In der neueren deutschen Literatur ist schon von anderer Seite darauf hingewiesen, dafs der Begriff der Hämorrhoiden sich nicht mit Varicen durchaus deckt. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die passive Hyperämie bei der Behandlung der torpiden Geschwüre, von W. Chiodi. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1907. Nr. 16.) Der Verfasser hat fünf Fälle dieser Kategorie nach der Billrothschen Methode der Saugbecher behandelt und dabei ausgezeichnete Resultate erzielt. Am besten wirkt die Methode, wenn es sich um oberflächliche, wenn auch noch so ausgedehnte Ulcerationen handelt. Der Erfolg ist hingegen ein weit weniger günstiger bei Fistelgängen, besonders wenn dieselben sehr gewunden sind und aufserdem mit anderen septischen Räumen in Verbindung stehen. Bei den Patienten des Verfassers handelte es sich um Verbrennungen, Beingeschwüre von torpidem Charakter usw. *C. Müller-Genf.*

Zur Therapie der auf der Vena saphena liegenden Unterschenkelgeschwüre, die nicht mit Varicen kompliziert sind, von Alfred Weischer-Hamm. (*Centralbl. f. Chir.* 1907. Nr. 27.) Die meist nur im Stehen sich deutlich vorwölbende Vena saphena bildet durch das stete An- und Abschwellen einen dauernden Reiz für das Ulcus. Daher wurde die Vena saphena bis zum Knie exstirpiert, zugleich das Ulcus umschnitten und entfernt, die Haut seitlich abgelöst und der Defekt durch Naht geschlossen. *A. Schucht-Danzig.*

Behandlung variköser Beingeschwüre mittels Zirkularschnitt, von René Le Pipe. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 429.) *Fritz Loeb-München.*

Europhen zur Behandlung des Ulcus cruris, von Emil Eckstein-Teplitz. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 37.) Das Europhen hat sich dem Verfasser durch seine Ungiftigkeit, Reaktionslosigkeit, Geruchlosigkeit und Austrocknungsvermögen als das souveränste Streupulver bei der von ihm modifizierten Baytonschen Methode — *Berliner Klinik*, Heft 144 — ausgezeichnet bewährt. *Schourp-Danzig.*

Über Krause-Lappen bei Ulcus cruris, von Chaussy-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Ch. empfiehlt, alte Unterschenkelgeschwüre, die durch die üblichen Verbände usw. nicht zur Heilung gebracht werden können, mit transplantierten Hautlappen nach der von Krause angegebenen Methode zu decken; er selbst hat mit diesem Verfahren ausgezeichnete Resultate erzielt, u. a. in einem Falle schwerster Art, den er ausführlich beschreibt. Vorbedingung für den Erfolg ist, dafs alle von Krause angegebenen Regeln strenge beobachtet werden. *Götz-München.*

Behandlung von Geschwüren und ausgedehnten, langsam vernarbenden Wunden mit Transplantation von Cutis-Epidermislappen, von Thermier-Grenoble. (*Lyon méd.* 1907. Nr. 35.) Genaue Beschreibung der Technik der Hauttransplantationen, wie sie von Th. zur Deckung von Unterschenkelgeschwüren und ausgedehnten,

langsam vernarbenden Wunden, speziell Brandwunden, geübt wird. Das Wichtigste an dem ganzen Verfahren ist die Desinfektion der kranken Hautpartie. Th. ätzt sie vor der Operation mehrmals mit Höllenstein oder mit 2%iger Jodbenzinlösung und bedeckt sie dann mit trockenen oder mit feuchten Verbänden, zu denen aber nur Vinum aromaticum verwendet wird; die gewöhnlichen feuchten Verbände mit abgekochtem Wasser, Sublimat, Formol oder anderen antiseptischen Mitteln sind nicht zu empfehlen. Bei der in Narkose vorzunehmenden Operation wird die Wunde oder das Geschwür möglichst tief kurettiert; man gebraucht dazu zwei Kuretten, die eine für die oberflächlichen, infizierten Granulationen, die zweite für die tieferen, nicht infizierten Schichten. Die Blutung wird durch Kompression gestillt. Manche Wunden, besonders am Kopfe, bluten sehr stark; es empfiehlt sich daher, Kopfwunden stückweise zu kurettieren und erst, wenn die Blutung an der einen Stelle gestillt ist, eine weitere Partie in Angriff zu nehmen. Die Lappen nimmt Th. am liebsten vom Oberschenkel; sie sollen etwa 4—5 cm lang, 2—3 cm breit und etwa 1 mm dick sein. Verbunden wird trocken mit sterilisierter Gaze und Watte; feuchte Verbände, Applikation von Sülk, Staniolpapier oder dergl. sind direkt schädlich. Der Verband wird nach sechs bis sieben Tagen vorsichtig nach Durchfeuchtung mit abgekochtem Wasser abgenommen und in der gleichen Weise wieder angelegt; vom 12. oder 14. Tage an können feuchte Verbände mit Vinum aromaticum gemacht werden. Das Verfahren führt auch bei ausgedehnten Wunden und Geschwüren im Verlaufe von drei bis vier Wochen zur Heilung; es mifslingt höchstens in Fällen, in denen eine Pyocyaneusinfektion besteht. *Götz-München.*

Hauttransplantation auf die Hand wegen entstellender Narbe, von Rocco Bellantoni-New York. (*New York med. Journ.* 28. Sept. 1907.) Das nun fünfjährige Mädchen hatte im Alter von drei Monaten derartige Brandwunden an der Palmargegend der rechten Hand erlitten, dafs der Ringfinger eine starke, dauernde Retraktion (Beugung) gegen den Metacarpus zu annahm. Es wurde die ganze Narbe nun entfernt und dann von der Vorder- und Seitengegend des Armes derselben Seite zwei Stückchen Haut auf die Innenfläche des Fingers übertragen, so dafs deren Vereinigung der Linie der Metacarpalknochen entsprach, und die zwischen den Hautstückchen sich bildende Narbe möglichst wenig Hindernis bereitete. Die mehr als einen Monat hindurch vorgenommene Nachbehandlung bestand in etwas forciertem Extensionsverbande des Fingers, bis die Wundvereinigung gesichert war und weiterhin in täglicher Massage der neuen Narbe. Das Kind gebraucht nun nach $1^1/_2$ Jahren in völlig normaler Weise seine Hand. *Stern-München.*

Über Atrophia cutis idiopathica progressiva, von Ernst Richter. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1907.) Der Arbeit liegt der Fall eines 55jährigen, kräftigen, gutgenährten, wegen Unterschenkelgeschwüren aufgenommenen Zimmermanns zugrunde, der angibt, seine Veränderungen an den Extremitäten bereits von Geburt an zu haben. Hereditär nichts zu eruieren. An den beiden unteren Extremitäten, vorne von den Zehen beginnend bis hinauf zu den Leistenfurchen, hinten an den Fersen anfangend und bis über die Glutäen hinausreichend, ist die Haut aufserordentlich verdünnt und zeigt eine blaurote Verfärbung. Die oberflächlichen Venen der Haut treten in ausgedehnten Netzen als dunkelblau geschlängelte Ringe in einer auffälligen Reihe hervor. Die Haut ist welk und trocken und bildet zahlreiche, sehr feine Runzeln. An vielen Stellen ist sie so dünn wie Seidenpapier und sieht zerknittertem Zigarettenpapier nicht unähnlich (Pospelow). Die ganze erkrankte Hautpartie läfst sich über die Basis um mehrere Zentimeter leicht verschieben und verharrt, sich selbst über lassen, einige Zeit in dieser Stellung. An den Knien, wo die Haut bei Bewegungen stark gezerrt wird, ist die Haut aufserordentlich faltig, sie erscheint als Umhüllung

zu weit im Vergleich zu den umhüllten Teilen. Über der ganzen erkrankten Hautoberfläche ist eine feine, kleienartige Desquamation zu beobachten. Die Sensibilität der betreffenden Teile ist normal, ebenso der Temperatursinn. Die Schweifssekretion ist angeblich stark herabgesetzt.

Die Diagnose des Falles bereitete keine grofsen Schwierigkeiten. Er gleicht durchaus den Beobachtungen über idiopathische Hautatrophie, wie sie in der Literatur mehrfach beschrieben sind. Zum Vergleich zitiert Verfasser kurz die bereits mitgeteilten Fälle. In allen diesen Beobachtungen tritt immer das gleiche Bild zutage: die Erkrankung beginnt häufig an den Extremitätenenden, breitet sich von da zentripetal aus, oft ist eine gewisse Symmetrie erkennbar. Die erkrankte Haut ist in toto verdünnt, durchsichtig gerunzelt, gefältelt, blutrot verfärbt, das subcutane Gewebe ist reduziert. Manchmal ist eine geringgradige Abschilferung der Epidermis erkennbar, die Lanugohärchen stehen an den erkrankten Partien viel spärlicher oder sind ganz geschwunden. Die Schweifssekretion ist daselbst gewöhnlich geringer als normal. Die Sensibilität der Haut ist immer intakt. Subjektiv ist manchmal leichtes Jucken vorhanden, manchmal Kältegefühl.

Die Ätiologie der Atrophia cutis idiopathica progressiva ist noch völlig dunkel; Heredität scheint nicht vorzuliegen. Pathogenetisch scheinen alle Gewebsschädigungen auf die Zellinfiltrate im Corium zurückzuführen zu sein. Über die mikroskopischen Verhältnisse referiert Verfasser ausführlicher auf Grund der vorliegenden Mitteilungen in der Literatur.

Im Schlufskapitel wird die Differentialdiagnose erörtert. In Betracht kommen: Erythromelalgie, Sklerodermie, senile Hautatrophie, Raynaudsche Krankheit. Die Prognose der idiopathischen progressiven Hautatrophie ist quoad vitam gut, quoad restitutionem absolut ungünstig. In der Therapie hat man sich auf symptomatische Behandlung zu beschränken. *Fritz Loeb-München.*

Vulvovaginale Leukoplakie und Kraurosis vulvae. Ihre Beziehungen zur Syphilis, von André Vérani. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 124.)

Fritz Loeb-München.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Hemiatrophia faciei, von Alfred Herrnberg. (Inaug.-Dissert. Rostock 1906.) Die Affektion dokumentiert sich als eine chronische, meist von den oberflächlichen Weichteilen ausgehende, allmählich aber auch die tieferen Partien ergreifende Atrophie der einen Gesichtshälfte. Parry hat im Jahre 1825 den ersten Fall von Hemiatrophia faciei publiziert. Meist werden Kinder oder jugendliche Personen im Alter von 10–20 Jahren befallen. Eine Ursache läfst sich nicht immer nachweisen. Recht häufig gehen der Affektion Infektionskrankheiten voraus. Der Beginn der Erkrankung ist ein allmählicher; und beginnt in der Regel fleckweise. Bevorzugt ist die Gegend der Orbita, der Stirn, der Wangen und des Unterkiefers. Das Wesen der Affektion besteht in einem Schwund aller Gewebe. Zuerst tritt eine Verdünnung der Haut ein, in deren Bereich es dann zu einer Verfärbung kommt, und zwar zeigen die befallenen Stellen entweder einen weifslichen Farbeton oder es besteht schon von Anfang an eine mehr dunkelbraune Pigmentierung. Zusammen mit der Pigmentierung und der Atrophie der Haut entwickelt sich ein Schwund des Unterhautfettgewebes. Meist ist die Sekretion der Schweifs- und Talgdrüsen vermindert oder völlig aufgehoben. Die Sensibilität der Haut ist meist normal. Die Temperatur gewöhnlich etwas niedriger auf der affizierten Gesichtshälfte. In weniger leichten Fällen fallen auch die Knochen und Knorpel dem fortschreitenden Schwund anheim; ebenso sieht man die Muskeln, besonders die Kau-, Gesichts- und Zungenmuskeln manchmal an der Atrophie beteiligt. In wenigen Fällen fanden sich neben dem Gesichtsschwund auch atrophische Erscheinungen an anderen Körper-

stellen. Auch das Blutgefäfssystem zeigt ab und zu bei der Hemiatrophia faciei Veränderungen. Die Diagnose ist bisweilen im Anfangsstadium der Affektion schwierig, der Verlauf des Leidens meist ein protrahierter. Meist schreitet es stetig und regelmäfsig fort; manchmal ist der scheinbar definitive Zustand schon nach relativ kurzer Zeit erreicht, manchmal erst nach vielen Jahren. Die Prognose ist ungünstig, die Therapie erfolglos.

Die letzte Zusammenstellung der Kasuistik stammt von Lange (Dissertation, Breslau 1903), bis zu jener Zeit waren 164 Fälle bekannt. Seitdem sind ca. 31 Fälle neu beschrieben worden, denen Verfasser einen neuen hinzufügt. Den Schlufs der Arbeit macht eine Besprechung der Ätiologie: die verschiedensten Ursachen vermögen das typische Bild der seltenen Krankheit hervorzurufen. *Fritz Loeb-München.*

Sporotrichose oder Beurmann-Gougerotsche Krankheit. Verfasser ungenannt. *Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 19.) Auf Grund dreier Beobachtnngen haben Beurmann und Gougerot im Jahre 1906 in den *Ann. d. derm et syph.* (Oktoberheft) die „multiple disseminierte subcutane gummöse Sporotrichose“ beschrieben; über die Arbeit ist seinerzeit in den *Monatsheften* berichtet worden. Seitdem sind noch vier Fälle beobachtet und mitgeteilt worden, und Beurmann und Gougerot haben noch einiges über die Affektion, und zwar über „dermatische tuberkulo-ulceröse ekthymatiforme oder syphiloide Sporotrichose“, über „Untersuchung der Toxine des Sporotrichum“ und über „hypodermodermatische ulceröse tuberkuloide oder syphiloide Sporotrichose“ veröffentlicht. Aus dem Inhalt dieser neuen Publikationen teilt der ungenannte Verfasser nichts mit. *Götz-München.*

Sporotrichosis, von von Beurmann-Saint-Louis und Gougerot-Paris. (*Presse méd.* 1907. Nr. 61.) Unter Sporotrichosis verstehen die Verfasser eine Knoten- respektive Abscefsbildung im subcutanen Bindegewebe, die hervorgerufen werden durch einen Fadenpilz, dessen genaue Klassifizierung noch nicht gelungen ist, dem Sporotrichum Beurmannii und dessen Unterarten. Sie trennen das Krankheitsbild ab von der gummösen Lues (forme syphiloide) und der Tuberkulose (forme tuberculoide). Die Differentialdiagnose wird durch den kulturellen Nachweis des genannten Pilzes gestellt. Therapeutisch wird eine länger dauernde Jodbehandlung empfohlen.

Carl Schramm-Dortmund.

Stirnstreifen-Alopecie als ein Symptom möglicherweise von Basedowscher Krankheit und verwandten Affektionen, von D. Walsh-London. (*Lancet.* 1907. Nr. 4390.) Unter obiger Bezeichnung bespricht Verfasser die gar nicht ganz seltene Erscheinung, dafs das Haarwachstum sich nach vorne nicht bis an die normale Grenze des Haargebietes ausdehnt, sondern dafs an der Stirn der Kinder sich ein streifenförmiges kahles Gebiet findet, auf welchem höchstens einige und meist schlecht entwickelte Haare stehen. Oftmals ist die normale Haargrenze dabei durch eine schmale Reihe feiner Haare gekennzeichnet. Verfasser hat bei 18 Fällen von Basedowscher Krankheit regelmäfsig diese Abnormität als eine kongenitale Erscheinung angetroffen. Unter sechs Fällen von Myxödem fand sie sich fünfmal, und zwei von diesen Patienten zeigten zugleich Basedowsche Symptome. Weitere Mitteilungen zu dem Thema sind in Vorbereitung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über mechanisch erzeugte Alopecie (Trichotillomanie Hallopeaus), von M. Wolters-Rostock. *Med. Klinik.* 1907. Nr. 23—24.) Verfasser macht auf die mechanisch erzeugte Alopecie aufmerksam, deren Krankheitsbild in der deutschen Literatur völlig fehlt, und stellt die bisher bekannten elf französischen und dann noch sechs eigene Beobachtungen zusammen.

Das klinische Bild scheidet sich nach Verfasser je nachdem der Haarverlust durch Abreiben oder durch Ausreifsen erzeugt wurde, in zwei voneinander diffe-

rierende Formen. Im ersten Falle ist die betroffene Hautstelle, meist Augenbrauen oder Genitalien, verändert, verdickt, chronisch infiltriert, gerötet, schuppend, oft sogar mit Riefen durchzogen, im anderen Falle aber völlig normal. Bei der ersten Form sieht man die Reste der abgebrochenen und abgerissenen Haare noch in den Follikeln stecken, im zweiten fehlen sie völlig, die noch vorhandenen sind meist von ungleicher Länge, in vielen Follikeln sieht man schwarze Punkte, die aus unregelmäfsigen, verhornten, zusammengedrehten Epithelzellen und Pigment bestehen. Sie entwickeln sich aus den beim Ausreifsen des Haares am Follikelgrund zurückbleibenden Zellen. Die Haare selbst sind völlig gesund. Das Haarausreifsen kommt nicht nur bei einer, sondern bei einer Reihe nervöser Erkrankungen vor, und deshalb mufs die Behandlung der mechanisch erzeugten Alopecien mit der des Grundleidens zusammenfallen, das die Willensschwäche bedingt. In jedem Falle, bei dem sich aus dem klinischen Bilde der Nachweis erbringen läfst, dafs das Haar mechanisch entfernt wurde, mufs eine genaue Untersuchung auf nervöse Störungen oder Erkrankungen stattfinden. Je früher diese erkannt werden, um so besser wird auch der endliche Erfolg sein.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Onychoatrophie bei Färbern, von Willy Gotthilf - Kassel. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1907. Nr. 34.) G. hat beobachtet, dafs Onychoatrophie häufig bei Färbern vorkommt. In einigen Fällen fand er neben der Atrophie der Nägel eine aufserordentlich starke Hyperidrosis manuum. Therapeutisch läfst sich bei der Onychoatrophie der Färber nicht viel erreichen, solange die Patienten nicht ihre Beschäftigung wechseln. *Götz-München.*

Notiz zur Behandlung der Vitiligo mit Licht, von A. Buschke. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 33.) In vier Fällen von Vitiligo hat Verfasser versucht, mit Belichtung mit der Quarzlampe in vitiliginösem Gebiet Pigment zu erzielen und teilt seine diesbezüglichen Erfahrungen mit. Es erscheint zweifellos, dafs nach geringer Belichtungszeit (zirka 1—2 Minuten) das Pigment zum Vorschein kommt, und zwar zirka 14 Tage bis drei bis vier Wochen nach der Belichtung. Wohl zweifellos verdankt die Quarzlampe diese Wirkung ihrer irritativen Kraft infolge ihres Reichtums an chemisch wirksamen Strahlen. Von besonderem Interesse ist der Ausgangspunkt der Pigmentbildung. Es erscheint zweifellos, dafs die Follikelregionen auch bei Pigmentverlust der Haut ein Retinaculum für Pigmentregeneratoren bildet und gewissermafsen ein Pigmentkeimzentrum darstellen. — Die praktische Bedeutung dieser Versuche scheint insofern gering zu sein, als sich das neugebildete Pigment mit der Zeit wieder verliert.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über den Lupus erythematodes im Kindesalter; sein Wesen und seine Behandlung, von Etienne Duplanté. (*Thèse de Montpellier.* 1905. Nr. 24.)

Fritz Loeb-München.

Lupus erythematosus, von M. L. Heidingsfeld. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 10.) Klinischer Vortrag. In einem der mitgeteilten schweren Fälle war das Leiden über das ganze Gesicht verbreitet, hatte die Augenbindehaut ergriffen und Erblindung veranlafst. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von akutem Lupus erythematodes, von G. W. Dawson-London. (*Lancet.* 5. Okt. 1907.) Eine 43jährige verheiratete Frau akquirierte an der Wange vor dem Ohre erst an der einen, dann an der anderen Seite eine kleine unbedeutende Rötung. Im Laufe eines halben Jahres hatten sich die Läsionen zu einem ausgesprochenen Lupus erythematodes ausgebildet, welcher fast das ganze Gesicht einnahm. Etwa ein Jahr lang blieb die Affektion nun stationär, fing aber alsdann ohne erkennbare Ursache an, sich weiter auszubreiten, und nach weiteren drei Monaten trat unter den Erscheinungen einer septischen Pneumonie der Tod ein. Die Autopsie

ergab noch eine starke Nierenschwellung. Verfasser warnt vor der Anwendung irgend welcher stark wirkenden Mittel bei derartigen akut verlaufenden Fällen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Idioneurosen.

Universeller Pruritus ohne Hautläsionen; hämatogene Urobilinurie; Malaria-Intoxikation; eigentümliche Erythrocytolysis, von J. K. Mitchell und A. R. Allen-Philadelphia. (*Amer. journ. med. scienc.* März 1907.) Der hier eingehend geschilderte, in mehrfacher Hinsicht interessante Fall betraf einen 50jährigen, in Amerika geborenen Herrn deutsch-jüdischer Abstammung. Seine Hauptklage bildete ein seit 5—6 Jahren mit geringen Remissionen anhaltender, äufserst quälender Juckreiz am ganzen Körper. Eine lange Liste lokaler Applikationen hatte nur geringe und vorübergehende Linderung gebracht. Patient hat 25 Jahre in einer Gegend gelebt, wo Malaria vorkam, und hat verschiedene Beschwerden gehabt, die als larvierte Malaria gedeutet wurden und auf Chinin verschwanden. Über das Verhalten der Milz ist nichts gesagt. Eine milde Form von Raynaudscher Krankheit besteht seit 6—7 Jahren, indem die Hände bei kaltem Wetter anschwellen und blaue und weifse Flecke aufweisen. Das Verhalten des Blutes und des Urins bot besonderes Interesse dar. Es bestand eine ausgesprochene Urobilinurie, die als hämatogenen, nicht hepatogenen Ursprungs zu deuten war. Aufserdem enthielt der Urin Spuren von Eiweifs, einige hyaline und blafs granulierte Cylinder nebst Leukocyten und Epitheliome. Die Untersuchung des Blutes ergab ausgesprochene Entartung der roten Blutkörperchen. Der Hämoglobingehalt betrug 58%, es wurden 19000 Leukocyten gezählt: Lymphocyten 35%, eosinophile 13% usw. Unter geeigneter Behandlung mit Eisen und Arsenik besserte sich das gesamte Krankheitsbild erheblich in jeder Beziehung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Jucken auf unveränderter Haut. Sammelreferat von Dreyer-Köln. (*Reichs-Med.-Anz.* 1907. Nr. 18 und 19.) *Schourp-Danzig.*

Über Behandlung des Juckens bei chronischem Ikterus, von S. Justman. (*Medycyna.* 1907. Nr. 36.) Warme Empfehlung der Moorbäder zur Behandlung des Juckens bei chronischem Ikterus, der durch vorübergehende Verstopfung der Gallenwege verursacht wird. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ätiologie und Behandlung des Pruritus ani, von Herm. A. Bray-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 3. Aug. 1907.) Wenn es auch zuweilen unmöglich ist, die Ursache des Pruritus ani festzustellen, so kommen nach Verfassers Zusammenstellung hauptsächlich folgende Gründe in Betracht: 1. Obstipation und mangelhafte Darmtätigkeit, 2. Lokale Erkrankungen des Rectum oder Anus (innere Hämorrhoiden, Fisteln, Condylome, Fissuren, Polypen usw.), 3. Mangelhafte Reinlichkeit, 4. Pediculi und andere Parasiten (Darm-Schmarotzer), 5. Konstitutionskrankheiten, wie Diabetes mellitus, Urämie, Gelbsucht, Rheumatismus und 6. Unregelmäfsige Lebensweise und Gewohnheiten (Nahrungsmittel, wie Schellfisch, Austern, starker Kaffee oder Tee usw.). Pruritus kann auch eine Reflexerscheinung von Gebärmutter- und Blasenerkrankungen, Excessen in venere und perversem Geschlechtstrieb u. Ä. sein. Bei Behandlung des Leidens mufs natürlich in erster Linie die Grundursache beseitigt werden. Zuweilen gelingt es aber damit nicht oder nur langsam, dem Pruritus beizukommen, und dann sind Salben von Chloral und Kampfer zu gleichen Teilen, mit oder ohne Zusatz von Karbolsäure oder Menthol zu empfehlen. Bray wandte in hartnäckigen Fällen mit Erfolg reine Karbolsäure, gesättigte Höllensteinlösung oder den Pacquelin an; zuweilen

sind Narkotika unerläßlich, wovon Chloral, Sulphometan und Veronal gute Dienste tun, während vor Morphium oder Opium ausdrücklich zu warnen ist.

Stern-München.

Ein Beitrag zur Ätiologie, Pathogenese und Therapie des Pruritus vulvae, von Alfred Pönitz. (Inaug.-Diss. Leipzig 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Sekretionsanomalien.

Über hysterische Schweifse, von Hans Curschmann-Mainz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 34.) Zwei Frauen, Mutter und Tochter, hatten angeblich lange Zeit hindurch, die Mutter 20, die Tochter 10 Jahre lang, alljährlich an Influenza gelitten und während der Dauer der Krankheit stets mehrmals täglich lange und stark geschwitzt. Seit etwa einem Jahre lagen beide Frauen dauernd zu Bett, weil sie zwei- bis dreimal täglich einen stets zur gleichen Zeit auftretenden spontanen Schweifsausbruch hatten; beide waren fest von der Idee durchdrungen, dafs sie schwitzen müfsten, um Schlimmeres zu verhüten. Während des Aufenthaltes der Patientinnen im Krankenhaus stellten sich zweimal täglich Schweifsparoxysmen von ein- bis zweistündlicher Dauer ein; sie waren stets von subfebrilen Temperaturen begleitet. Appetit und Kräftezustand der Frauen war gut; aufser einer leichten allgemeinen Reflexsteigerung waren keine hysterischen Stigmata nachzuweisen. Die Menge des ausgeschiedenen Schweifses betrug jedesmal ungefähr 300 ccm. Durch Suggestivbehandlung — Verabreichung von Vierzellenbädern und Suggestion, dafs die Schweifse infolge des elektrischen Bades augenblicklich aufhören müfsten — wurde das Schwitzen sofort und dauernd beseitigt. Es handelte sich zweifellos um eine rein hysterische Störung, wie sie in ähnlicher Weise noch nicht beschrieben worden ist. *Götz-München.*

Die sekretionsbeschränkende Wirkung der „Eston"-Präparate und ihr Einflufs auf den Schweifsfufs, von Hugo Taubig. (*Oesterr. Ärzte-Ztg.* 1907. Nr. 12.) „Eston" ist ein basisch $^2/_3$ Aluminiumacetat, bei welchem zwei von den drei vorhandenen Valenzen des Tonerdehydrates durch Essigsäure abgesättigt sind; es ist ein feines, weifses, in Wasser unlösliches Pulver. Eine gesteigerte Wirksamkeit besitzt das „Formeston", in welchem nicht zwei, sondern nur eine Valenz gegen Essigsäure abgesättigt ist, eine zweite aber gegen Ameisensäure. Das Präparat hat austrocknende, antiseptische und adstringierende Eigenschaften und wird als 20 und 50%iges Pulver, Formeston und Peru-Eston (Eston 50, Talc. 40, Bals. peruvian 10) zur Behandlung des Schweifsfufses warm empfohlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Beitrag zur Kenntnis der Schleimhautpigmentation bei Phthiriasis-Melanodermie, von Paul Duplantier. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 258.)

Fritz Loeb-München.

Naturgeschichtliches und Medizinisches über die Ixotiden, von Paul Buy. *Thèse de Lyon.* 1906. Nr. 125.) *Fritz Loeb-München.*

Entwicklung, Verlauf und Behandlung der Uncinariasis, von Bailey, K. Ashford und Walter W. King-Washington. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 6.) Die Beobachtungen der Verfasser verteilen sich auf 115000 Personen in dem Zeitraum von 1899—1906 in Porto-Rico. 96% dieser Kranken litten an Mazamorra, grofsem Hautjucken, welches durch das Eindringen der Larven verursacht wird. Es waren im ganzen neun Zehntel der Bevölkerung von der Krankheit ergriffen. Ein Viertel

sämtlicher Todesfälle kam auf ihre Rechnung. Therapeutisch bewährte sich unter den Anthelminticis vor allem das Thymol, welches vor dem sonst auch viel geschätzten β-Naphtol den Vorzug der geringeren Giftigkeit und der geringeren Nebenwirkungen aufweist. *Schourp-Danzig.*

Sozialhygienisches über Uncinariosis, von Alfred Fillassier. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 318. 106 S.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Kalkablagerung in der Haut, dem Unterhautzellgewebe und den Sehnenscheiden, von Licharew. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1907. Nr. 17.) Genaue Beschreibung des am 23. März 1907 unter dem Namen Petrificatio cutis in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Krankheitsfalles (cf. *Monatsh. f. prakt. Dermatologie,* 1907. Bd. 44, S. 515). Zu meinem damaligen Referat ist hinzuzufügen, daſs Verfasser sich in dieser Arbeit der Ansicht derjenigen Autoren anschlieſst (Wildbolz, Lewandowsky), welche in dieser Krankheit eine groſse Ähnlichkeit mit Podagra finden und sie als Folge eines gestörten Stoffwechsels ansehen. Sehr möglich ist, meint Verfasser, daſs ähnlich wie bei dem Podagra, eine besondere Prädisposition, Diathese besteht, derzufolge die normalerweise auszuscheidenden Kalksalze im Organismus zurückgehalten und abgelagert werden.

Arthur Jordan-Moskau.

Getigerte Haut. — Tätowierung durch subcutane Injektionen von Morphinum und Cocainum muriaticum, von René Horand-Lyon. (*Lyon méd.* 1907. Nr. 23.) H. fand an der Leiche einer Morphinistin, die sich auſser Morphium auch Kokain eingespritzt hatte, die charakteristischen blauen Flecke, wie sie bei Morphinisten schon mehrfach beobachtet worden sind; sie waren in so groſser Zahl vorhanden, daſs sie der Haut ein getigertes Aussehen gaben. Die Tochter der Frau, die ebenfalls Morphinistin und Kokainistin war, wies die gleiche Erscheinung auf; sie gab mit Bestimmtheit an, daſs bei ihr nur die Kokaininjektionen blaue Flecke hinterlassen. Nach dem Ergebnis der eingehenden Untersuchungen Hs. sind die eigentümlichen Flecke bedingt durch Ferrum reductum, das sich in den Flecken im Corium findet; es stammt nach Ansicht H.s zum Teil von den eisernen Spritzennadeln, zum Teil aber wahrscheinlich von gefälschten Morphium- und Kokainsalzen, die vielfach zur Anwendung gelangen. *Götz-München.*

Eine neue Methode der Entfernung ausgedehnter Tätowierungen, von Wederhake-Düsseldorf. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 28.) Verfasser geht zur Entfernung ausgedehnter Tätowierungen so vor, daſs er durch einen Längsschnitt durch die Haut das Unterhautzellgewebe freilegt, dann die Hautlappen von ihrer Unterlage so weit abpräpariert, wie die Tätowierung reicht, und nun teils mit feiner Schere oder Skalpel die groben Farbpartikel abträgt, unter besonderer Berücksichtigung des Unterhautzellgewebes. Dann klappt Verfasser die beiden Hautlappen um, sticht sie gut ausgebreitet mittels Nadeln auf einem kleinen mitsterilisierten Brette fest und sticht nun die einzelnen Farbdepots von der Seite der Haut, die dem Unterhautzellgewebe zugerichtet ist, nach der Epithelseite hin, aus. Diese Methode habe den Vorteil, einerseits alle Farbteilchen sicher zur Ansicht zu bringen und andererseits eine möglichst narbenfreie Haut zu garantieren. Sowie man alle Farbteile entfernt hat, legt man die beiden Hautlappen wieder dem Unterhautzellgewebe an, vernäht die Schnittränder am besten fast intrakutan mit feinstem Silberdraht oder feinster Silberkautschukseide und fixiert den Lappen auch in seiner Mitte durch einige durchgreifende Nähte. Nach fünf Tagen Entfernung der Nähte, einfacher Heftpflasterverband.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Infektiöser Ikterus begleitet von Cyanoseanfällen und von perikornealen Ekchymosen bei einem Neugeborenen, von Planchu und André Rendu-Lyon.

(*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 32.) Bei einem vier Wochen ante terminum in normaler Lage und raschgeborenen Kinde, das schon leicht cyanotisch zur Welt gekommen war, traten während der ersten zehn Tage wiederholt Anfälle von Cyanose auf. Am dritten Tage zeigte sich ein intensiver Ikterus; auf der gelben Haut waren andauernd an verschiedenen Stellen blaue Flecken zu bemerken, die während der Anfälle besonders stark hervortraten. Man hatte den Eindruck einer hochgradigen Überfüllung der Hautvenen mit Blut, einer allgemeinen Cyanose der ganzen Haut. Eine weitere merkwürdige Erscheinung fand sich an den Augen: rings um die Cornea entstand beiderseits ein Kranz von kleinen Ekchymosen. Die inneren Organe waren gesund, die Stühle normal, der Urin enthielt weder Eiweifs noch Zucker noch Gallenfarbstoffe, die Temperaturen schwankten zwischen 37,5 und 38,5°. Das Kind erhielt, nachdem es 480 gr an Gewicht verloren hatte, am zehnten Tage eine Amme; die Cyanoseanfälle hörten von da an auf, dagegen war der kleine Patient andauernd schwer somnolent. Der Ikterus, die blauen Flecke und die Ekchymosen verschwanden allmählich, und am Ende des ersten Monats erschien das Kind gesund. Es hat sich höchstwahrscheinlich um einen von ungewöhnlichen Erscheinungen begleiteten infektiösen Ikterus intestinalen Ursprungs gehandelt. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dafs bei der Pathogenese der Affektion Lues eine Rolle gespielt hat; denn das Kind erkrankte im Alter von 2½ Monaten an einem pemphigoiden Ausschlag, der den Gedanken an Syphilis nahelegte und nach wenigen Tagen zum Exitus führte.

Götz-München.

Über den Kernikterus der Neugeborenen, von R. Beneke-Marburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 41.) Vor einigen Jahren hat Schmorl (Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft, VI, 1904) auf eine eigentümliche Form des Icterus neonatorum aufmerksam gemacht, bei der eine scharf lokalisierte, äufserst intensive Gallenfärbung bestimmter Nervenkerngebiete neben der gewöhnlichen kaum bemerkbaren diffusen Verfärbung des übrigen Nervensystems hervortritt. Ein Fall, der mit den von Schmorl beschriebenen durchaus übereinstimmt, hatte B. zu untersuchen Gelegenheit. Es handelte sich um den erstgeborenen von zwei von gesunden Eltern stammenden Zwillingen, der ebenso wie das andere Kind schon 12 Stunden post partum ikterische Verfärbung zeigte, 20 Stunden nach der Geburt tonische Krämpfe bekam und 48 Stunden alt starb, während das zweite Kind sechs Stunden später unter dem gleichen Symptomenbild ad exitum kam. Bei der Sektion des erstgeborenen — die des zweiten Zwillings wurde nicht gestattet — fand sich neben schwacher ikterischer Färbung des ganzen Gehirns intensive Gelbfärbung der Ammonshörner und der Luysschen Körper, der Nervenkern der Medulla oblongata, des Nucleus olivaris medius und des Nucleus cuneatus, sowie der Vorderhörner des Rückenmarks. Die mikroskopische Untersuchung liefs in allen Teilen des Zentralnervensystems eine reichliche Ausscheidung feiner rhombischer, seltener nadelförmiger Hämotoidinkristalle erkennen, die überall im Gewebe zerstreut, häufig aber deutlich an Zellen gebunden waren; der leicht gelbliche Ton des ganzen Gehirngewebes war durch diese offenbar postmortale Kristallausscheidung ausreichend erklärt. Die stark ikterischen Nervenkerne wiesen mehr oder weniger intensive diffuse Gelbfärbung einer Anzahl von Ganglienzellen ohne Bilirubinkristallbildung auf; die betreffenden Zellen waren unverkennbar nekrotisch. Der Farbstoff war an Zellgranula (nicht Trigoidschollen) gebunden. Die Zahl der gefärbten Ganglienzellen war im Vergleich zu dem makroskopisch sichtbaren Grad der Gesamtfärbung gering, es schien daneben noch eine diffuse mit dem Mikroskop nicht erkennbare Farbenimbibition vorzuliegen.

In dem Falle B.s mufs eine Familiendisposition zur Erkrankung an schwerem Ikterus angenommen werden; denn auch ein mehrere Jahre vorher geborener Knabe

war einige Tage nach der Geburt unter ähnlichen Erscheinungen gestorben. Die Genese der eigenartigen Nervenkernfärbungen ist bis jetzt nicht aufgeklärt; es sind zur Erklärung verschiedene Möglichkeiten herangezogen worden, die B. ausführlich bespricht. *Götz-München.*

Die Entstehung des Icterus neonaterum, von Wilhelm Knoepfelmacher-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 19.) Die Hypothese Quinckes über die Entstehung des Icterus neonatorum ist nicht mehr haltbar. An ihre Stelle suchten viele Autoren die Anschauung zu setzen, dafs der Icterus neonatorum zwar in der Leber entstehe, aber doch die Folge eines massenhaften Unterganges von roten Blutkörperchen während der ersten Lebenstage sei. Es müfste sich hier um die von Stadelmann als pleiochromer Ikterus bezeichnete Form handeln, welche auch bei Vergiftungen mit Blutgiften beobachtet worden ist. Auch diese Annahme eines pleiochromen Ikterus beim Neugeborenen ist gänzlich unbegründet, ebensowenig handelt es sich um einen Stauungsikterus. Abramow betrachtet den Icterus neonatorum als Folge der Ungewohntheit der Leberzellen zur Arbeit. Verfassers Untersuchungen zeigten, dafs bei der Mehrzahl der am zweiten bis vierten Lebenstage verstorbenen Kinder an Leberschnitten als Ausdruck der bestandenen gesteigerten Sekretion eine Ektasie der Gallenkapillaren zu sehen ist. Verfasser legt der Ätiologie des Icterus neonatorum im Sinne Abramows klar. Den wichtigsten Ausgangspunkt für dessen Entstehung findet er in der gesteigerten Sekretion von Galle, welche ihren Nachweis sowohl in den Viskositätsbestimmungen als wie in den histologischen Untersuchungen findet. Die post partum reichlich gebildete Galle kann jedoch nicht genügend rasch auf den vorgebildeten normalen Wegen abfliefsen, weil die Gallenwege mit zäherer Galle erfüllt sind. Die Leberzelle vermag wohl infolge der Zufuhr von viel Blut die gesteigerte sekretorische Arbeit einer vermehrten Gallenbildung leisten, sie vermag aber nicht den rein mechanischen Druck aufzubringen, um die Galle in den Gallengängen rasch fortzubewegen und so Platz für die neugebildete Galle zu schaffen. Dauert die Gallensekretion unter solchen Umständen noch weiter, kann die Galle nicht in die Gallenkapillaren fliefsen, dann tritt sie direkt aus der Zelle in das Blut-, oder Lymphgefäfssystem über. Es kommt zum Ikterus. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bronchopneumonie und subcutanes Emphysem der Säuglinge, von Variot. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 17.) Kurze Mitteilung über einen Fall von subcutanem Emphysem des Halses bei einem 2½ Jahre alten Kinde, entstanden im Beginne einer Bronchopneumonie. Senfmehleinpackungen in der von Heubner empfohlenen Weise brachten rasch Besserung. *Götz-München.*

Myiasis beim Menschen durch Compsomyia macellaris Fa., von C. E. Yount-Prescott und M. T. Sudler-Lawrence. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 23.) Die Verfasser berichten von 23 Fällen menschlicher Myiasis aus den Staaten Arizona und Kansas. Die Infektion tritt im Sommer durch die Eier der Fliege ein, welche diese in die Nase, in die Ohren oder auf Hautläsionen legt. Innerhalb von 24 Stunden entwickelt sich aus dem Ei der Schraubenwurm, welcher in dem menschlichen Gewebe solche gangränösen Zerstörungen macht, dafs in der Regel ein tödlicher Ausgang erfolgt. Die beste Therapie ist die Entfernung der Larven nach Anwendung des Chloroformsprays mittels Pinzette. Die beste Prophylaxe ist Sauberkeit und Vermeiden von schlafen im Freien ohne Fliegenschutznetz. *Schourp-Danzig.*

Mifsbildungen.

Zur kosmetischen Behandlung der Naevi und der Teleangiektasien, von Kischi Ogata-Osaka. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 1.) Als ein vorzügliches

Ätzmittel empfiehlt Verfasser eine von ihm Maculanin benannte Verbindung von Kaliumhydrat mit Stärke. Man legt abgewaschene Reiskörner einzeln in eine Glasschale und übergiefst sie mit 10%iger Kaliumhydratlösung. Wenn die Körner nach sechs bis acht Stunden vollständig durchsichtig geworden sind, giefst man die Flüssigkeit ab, wäscht mit Wasser sorgfältig aus und zerreibt die Körner im Porzellanmörser. Die so entstehende gallertige Masse wird mit einem Glasstab auf die zu behandelnde Stelle (zunächst die Peripherie des Naevus) nach vorheriger Reinigung derselben mittels Seifenspiritus gebracht und bis zum Eintrocknen belassen. Gewöhnlich wiederholt man wegen anfangs zu geringer Wirkung die Ätzung nach Abwaschen mit Kochsalzlösung ein paar Mal. Es bildet sich ein Schorf, der sich nach 10—14 Tagen ablöst. Die Narbenbildung ist gering und vergeht wieder vollständig. Sehr grofse Gebiete soll man aber nicht auf einmal der Behandlung unterziehen. Auch Tätowierungen werden in einigen Sitzungen vorzüglich beseitigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen beobachteten Fall von Riesenhaarnaevus (Schwimmhosennaevus), von Edmund-Bonn. (*Prag. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Fall nebst Literaturangabe. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Frage der Graviditätshypertrichose, von Josef Halban-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 45.) Kurze Zeit nach Eintritt der Gravidität zeigt sich bisweilen ein vermehrtes Wachstum der Körper- und Lanugohaare, welches fast typisch ist. Diese Erscheinung tritt auch bei Tieren auf, z. B. beobachtete Verfasser an trächtigen Kaninchen stets ein intensives Wachsen der Haare. Auch während der Brunst scheinen die Haare bei den Tieren stärker zu wachsen, besonders an den Partien um die Mamillen herum. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Experimentelle Atherome, von Pierre Feuillié. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 23.) *Fritz Loeb-München.*

Verschiedenes.

Die Herausgabe der von O. Lassar begründeten **Dermatologischen Zeitschrift** haben mit Unterstützung hervorragender Fachgenossen im In- und Auslande nach dessen Tode die Herren A. Blaschko (Berlin), K. Herxheimer (Frankfurt a. M.), E. Hoffmann (Berlin), V. Klingmüller (Kiel), H. Wolters (Rostock) übernommen. Die Redaktion leitet Herr Prof. E. Hoffmann, Berlin NW., Schiffbauerdamm 29.

Der IV. Internationale Kongrefs für medizinische Elektrizitätslehre und Radiologie findet in Amsterdam vom 1. bis 5. September 1908 statt. Das Programm enthält Themata aus der Elektrophysiologie und Elektropathologie, Elektrodiagnostik und Elektrotherapie, Röntgendiagnostik und Röntgentherapie, dem Gebiet der verschiedenen Strahlungserscheinungen, medizinischen Elektrotechnik. Gelegentlich des Kongresses wird eine Ausstellung von Apparaten und Neuerungen für klinische und Laboratoriumzwecke sowie wichtiger Röntgenogrammen abgehalten werden. Der Kongrefs und die Ausstellung werden in der Universität stattfinden. Der Ausschufs besteht aus den Herren Prof. Dr. J. K. A. Wertheim Salomonson, Vorsitzender, Dr. J. G. Gohl und Dr. F. S. Meijers, Schriftführer und Kassenführer, Vondelstraat 53, Amsterdam. Jeder, der sich für die Entwicklung der elektro-biologischen und radiologischen Wissenschaften interessiert, kann dem Kongrefs durch Subskription beitreten. Die Lösung der Mitgliedskarten beträgt 21 Mark. Wer dem Kongrefs beizutreten

wünscht, wird gebeten, den Subskriptionszettel sowie den Betrag der Subskription dem Schrift- oder Kassenführer zuzuschicken. Die Kongreſssprachen sind Deutsch, Englisch und Französisch. Den Referenten stehen 30 Minuten zur Verfügung. Für die Mitteilungen werden 15 Minuten gewährt, während für die Diskussion jedem Redner 5 Minuten gestattet sind. Die Mitglieder des Kongresses, welche an der Diskussion teilnehmen, werden ersucht, den Inhalt ihrer Erwiderung am Ende jeder Sitzung dem Schriftführer schriftlich einzuhändigen.

Neuere Erfahrungen über Händedesinfektion, von Schumburg - Straſsburg. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1907. Nr. 19.) Verfasser leitete seine Untersuchungen über den Wert verschiedener Desinfektionsarten der Hände mit der Untersuchung des Seifenspiritus ein, der ihm als schnell und sicher wirkend schien, und kontrollierte, wie viele an den Händen haftende Keime durch diese Infektionsart entfernt werden. Es zeigte sich, daſs die Keimveränderung stark schwankt, meistens aber um oder über 90° betrug. Zur Beantwortung der Frage, welches der beiden Komponente des Mittels die Ursache dieses ziemlich günstigen Ergebnisses war, nahm Verfasser die Untersuchung sowohl der Seife wie auch des Alkohols vor. Die Resultate nach Seifendesinfektion zeigten nun, daſs selbst bis zu 15—20 Minuten ausgedehntes Seifen der Hände den Keimgehalt derselben nur wenig zu verringern vermochte. Dagegen nach Anwendung von absolutem Alkohol oder denaturiertem Spiritus konnte Verfasser fast in jedem Falle eine Keimverminderung von 99%, oft von 99,99% feststellen. Bei weiteren Untersuchungen bewährte sich zur Händedesinfektion am besten — neben dem Spiritus — eine Mischung aus zwei Teilen Alkohol, einem Teil Äther und ½% Salpetersäure. Bei der Händedesinfektion soll man bestrebt sein, die Haut der Finger zu schonen; jede kleinste Wunde setzt viel mehr Bakterien ab als eine schlecht desinfizierte, aber heile Hand. Demnach dient zur Entfernung der Hautbakterien am besten absoluter Alkohol oder die Alkohol-Äther-Säuremischung, mit denen man drei bis fünf Minuten lang nicht mittels der scharfen Bürste, sondern mittels mehrerer, am besten steriler Wattebäusche die Haut abreibt.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Kenntnis der Filaria Medinensis, von René Roubaud. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 143.) *Fritz Loeb-München.*

Glossitis acuta profunda, von Geoges Saenz. (*Thèse de Montpellier.* 1906. Nr. 19.) *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von akuter Zinnvergiftung durch Tragen von mit Zinnsalzen stark beschwerten Seidenstrümpfen, von A. Jolles. (*Wien. med. Presse.* 1901. Nr. 2.) Die Krankengeschichte der Dame weist an objektiven Symptomen auf leicht ataktische Koordinationsstörungen sowie leichte Anomalien der Sensibilität. Es kam schlieſslich zu einer ausgesprochenen Ataxie. Im Urin fanden sich nur reichlich Albumosen, sehr spärlich Cylinder, in der Farbe der Strümpfe reichlich Zinnsalze. Für die Resorption des Giftes wird der intensive Schweiſsfuſs der Patientin hauptsächlich verantwortlich gemacht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über plastische Operationen an den Lidern und der Augenhöhle, von E. Franke. (*Ber. d. 34. Vers. d. ophthalmol. Ges.* 1907. S. 194.) Bei Ankyloblepharon macht F., ähnlich wie Grunert, einen trennenden Schnitt, den er aber weit nach auſsen über die Lidwinkel fortsetzt. Die Wundfläche wird mit Thierschschen Läppchen gedeckt. Nach acht Tagen wird eine groſse Prothese eingelegt.

Arthur Schucht-Danzig.

Berichtigung. Auf Seite 611 in Band 45 und Seite 89, Band 46, ist überall zu lesen: Tuberkulin-test (statt Testsches Tuberkulin).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. | №. 6. | 15. März 1908.

Dermatitis coccidioides.

Von

A. RAVOGLI, M. D., Cincinnati, Ohio.

Vortrag,
gehalten beim sechsten Internationalen Dermatologischen Kongreſs zu New York, 9.—14. September 1907.

Mit 7 Figuren im Text.

Nachdem von PERROCITO und späterhin auch von ISRAEL und PONFICK der Beweis erbracht worden war, daſs die Anwesenheit der Streptothrix bovis oder Aktinomyces die Ursache der sowohl Menschen wie Tiere befallenden Affektion Aktinomykosis ist, eröffnete sich ein weites Forschungsgebiet in bezug auf andere Krankheiten, welche auf der Einwanderung sonstiger infektiöser Parasiten höherer Ordnung in die Haut beruhen. Tatsächlich zeigten PONCET und DOR, daſs das als Madura foot (Mal perforant du pied) bekannte Leiden durch einen Parasiten, die Streptothrix Madurae, bedingt wird. Botryomyces ferner findet sich beim Pferde und wird von diesem auf den Menschen übertragen.

Den Forschungen von BUSSE und GILCHRIST verdanken wir den Nachweis von gewissen hefeähnlichen Parasiten bei Hautleiden mit spezifischen Läsionen und die Aufstellung demgemäſs der Gruppe der Blastomykosen.

Die Untersuchungen von DOUGLAS W. MONTGOMERY haben zu der Erkennung einer weiteren, zu der gleichen Gruppe gehörigen Affektion, Dermatitis coccidioides, geführt, zu welcher wir den hier zu schildernden Fall rechnen.

Am 18. November 1905 kam ein Patient in unsere Behandlung mit einer seit langer Zeit bestehenden Hauterkrankung, welche ihrem Wesen nach dunkel und in mancher Beziehung ein interessantes Untersuchungsobjekt war.

Es handelte sich um einen 51jährigen, verheirateten Mann, J. Z., der zwei gesunde Kinder hatte. Er hatte sich stets einer guten Gesundheit erfreut, und die Anamnese ergab keine Anhaltspunkte für erbliche Belastung

mit Syphilis oder Tuberkulose. Von Beruf war er Schmied und Eisengießer. Dabei kamen seine Hände und Arme fortwährend mit dem aus zerstampften und pulverisierten Knochen bestehenden Beschickmaterial in Berührung, welches in den Eisengießereien um die Formen herumgelegt wird, um dieselben beim Einlaufen des geschmolzenen Eisens festzuhalten. Eine Erkrankung an Influenza, welche er zwei Jahre zuvor durchgemacht hatte, war seiner Meinung nach die Ursache aller seiner Beschwerden. Es war ihm aufgefallen, daſs die Haut an seinen Händen, namentlich an den Streckseiten, rauh, hart und schuppig wurde und in ganz unerträglicher Weise juckte. Gleichzeitig begannen überall an den Beinen kleine Papeln aufzutreten; die Haut an diesen Teilen wurde rot und aufgequollen und bedeckte sich bald mit dicken Borken unter Entwicklung eines intensiven

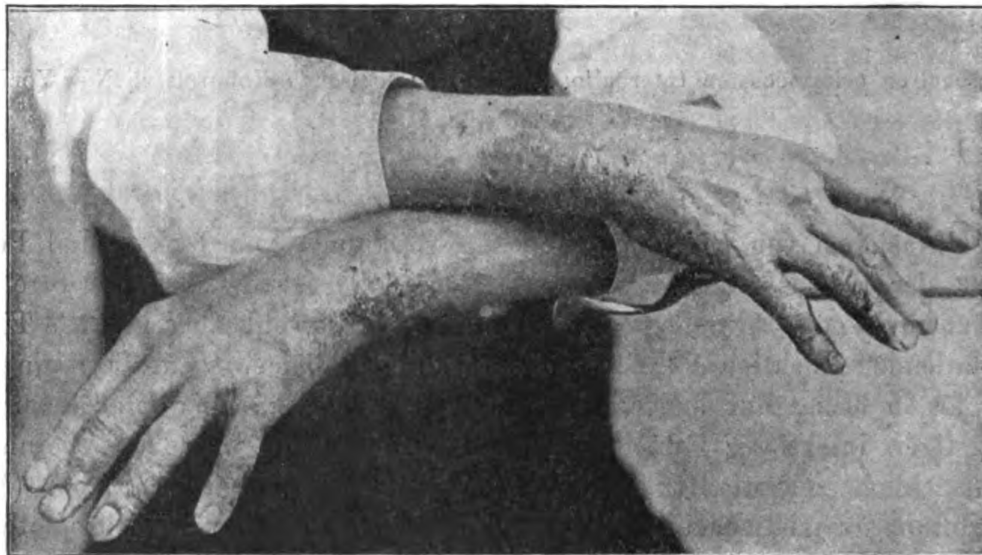


Fig. 1.
Dermatitis coccidioides diffusa.

Juckreizes. Binnen kurzer Zeit hatte sich dieser eigentümliche Ausschlag über die ganzen Streckseiten sowohl der Beine wie der Füſse ausgebreitet. An verschiedenen Stellen hatten sich runde Ulcerationen gebildet, welche bläulichrote, infiltrierte Ränder aufwiesen, und bei denen eine Art von blumenkohlartigen Granulationen an dem wabenförmigen Geschwürsgrund hervorragten.

Der Zustand der Epidermis an den Fingern und Händen wurde allmählich erheblich schlimmer, und es entwickelten sich auch Geschwüre an verschiedenen Stellen am Zwischenfingerraum, in der Nähe der Nägel und an den Handgelenken, während der Ausschlag sich weiter über die Arme ausbreitete. Diese Geschwüre waren von runder Gestalt, aber vielfach unregelmäſsig geformt, als ob sie aus dem Zusammenflieſsen mehrerer ulcerierter Stellen entstanden wären.

Nach Verlauf von weiteren fünf Monaten hatten die Pusteln den Hinterkopf, den Nacken und die Ohrläppchen ergriffen, und in neuester Zeit war am Naseneingang eine Läsion aufgetreten, welche die Haut und Schleimhaut ergriffen hatte.

Die betroffenen Hautstellen waren mit trockenen, gelben, fest anhaftenden Borken bedeckt, unter denen die Epidermis an manchen Gebieten eine fast normale Beschaffenheit aufwies, während andererseits vielfach sich wulstige, tiefe Geschwüre vorfanden. Diese geschwürigen Stellen sonderten eine klebrige, widerlich riechende Flüssigkeit ab.

Fig. 1 gibt den Zustand an den Händen und Armen bei dem allerersten Besuch des Kranken wieder. Dabei war die gesamte Epidermis in einem solchen Grade verdickt, infiltriert und mit Schuppen besetzt, daſs es dem Patienten unmöglich war, die Hand zu- oder aufzumachen. Mehrere Finger wiesen an der Dorsalfläche und im Interdigitalraum aus-

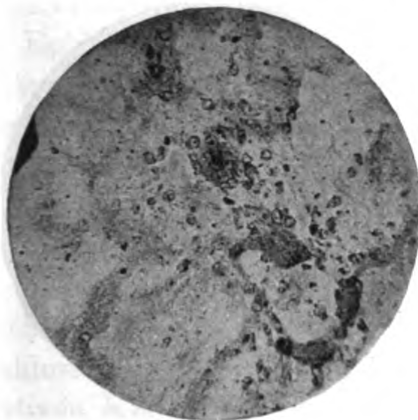


Fig. 2.
Dermatitis coccidioides.

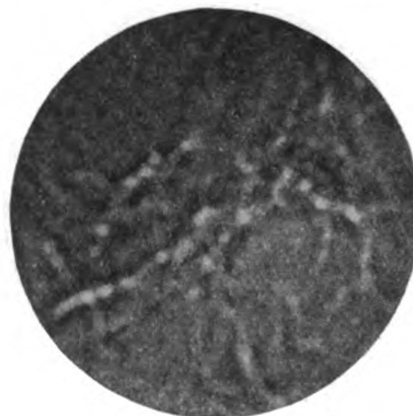


Fig 3.
Gezüchtete Coccidien mit reichlicher Mycelbildung.

gedehnte Ulcerationen auf. Die Nägel waren trocken und kreideartig und brachen leicht ein. Ausgedehnte rundliche Geschwüre mit verdickten Rändern waren an beiden Handgelenken auf der Auſsenseite der Carpoulnargegend lokalisiert.

Um einen Anhalt für die Diagnose zu gewinnen, wurde ein Stück von einer Borke mit Wasser benetzt und zerdrückt und mit dem Mikroskop untersucht. Das Präparat enthielt eine enorme Anzahl von kleinen, runden Körperchen, welche entschieden an Coccidien erinnerten, und wir bezeichneten daraufhin die Affektion als Dermatitis coccidioides (Fig. 2).

Einzelne Stückchen Borke und Teile des Sekrets der Pusteln wurden zur Impfung von Agar-Maltose im ERLENMEYERschen Kolben verwandt, und es entwickelte sich ein üppiges Schimmelwachstum. Unterm Mikroskop erkannten wir daran das Vorhandensein von Sporen, welche den in den Pusteln gefundenen ähnlich waren.

Diese Sporen sind rund und mit dicken, eine körnige Substanz enthaltenden Kapseln versehen. Am Grunde der Kultur fand sich eine dicke Myceliumvegetation mit kräftigen, mehrgliedrigen Fädchen und grofsen Sporen (Fig. 3).

Es ist nicht ohne Belang, zu bemerken, dafs in den Ausstrichpräparaten nach dem Einlegen in Kanada-Balsam diese Sporen sämtlich verschwunden waren, während ihrer eine ganze Anzahl sich auf dem trockenen Glas in der Umgebung des Balsams noch vorfanden.

Diese Beobachtung war ausschlaggebend für unser therapeutisches Handeln. Nach gründlichem Abwaschen mit einer 1 ‰ igen Lösung von Sublimat wurde die Haut mit einer Mischung von Perubalsam und Rizinusöl bedeckt. Bei diesem Verfahren heilten die Geschwüre und die Pusteln ab, und die Haut nahm wieder ihre normale Beschaffenheit an.

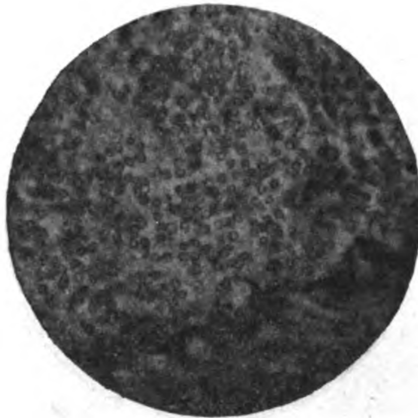


Fig. 4.
Coccidien in der Epidermisschicht und innerhalb der Plasmazellen des Dermas. Objekt. 1/6.



Fig. 4a.
Coccidien zwischen den Epidermiszellen und in der Umgebung der Mündung des Haarfollikels. Objekt. 1/6.

Der Kranke wurde aus der Behandlung entlassen und nahm seine frühere Beschäftigung wieder auf. Am 19. November 1906, einige Monate später, stellte er sich wieder ein. Die Unterschenkel waren nun von dem Ausschlag ergriffen, und namentlich die Kniegegenden boten zahlreiche Geschwüre dar. Unter der wieder eingeleiteten Behandlung verging das Hautleiden fast vollständig, aber der Kranke war abgemagert, hatte wiederholt Fieberanfälle durchzumachen und hatte eine grofse Einbufse an geistiger Leistungsfähigkeit erlitten. Er blieb einige Tage in unserer Behandlung, bis der Ausschlag und die Geschwüre geheilt waren, und kehrte dann nach Hause zurück. Durch einen Brief von seiner Frau erfuhren wir, dafs er am 30. Mai 1907 gestorben ist. Der behandelnde Arzt stellte die Diagnose Schwindsucht. Solange der Kranke sich bei uns in Behandlung befand, erhielt er grofse Dosen Jodkalium, doch konnten wir nicht finden,

dafs er davon erheblichen Vorteil, namentlich was die Allgemeinerscheinungen betrifft, gehabt hätte.

Histologie. Ein Stück der ulcerierten Haut in der Gegend des Knies wurde exzidiert, in Alkohol gehärtet und mikroskopisch untersucht. Für die Ausführung dieser Untersuchungen bin ich meinem Assistenten Dr. George H. Werk zu Dank verpflichtet. Er hat auch die Mikrophotogramme der Präparate angefertigt. Es wurden mit verschiedenen Färbemitteln Versuche angestellt, aber am deutlichsten traten die Coccidien unter Behandlung mit Pikrinsäure hervor.

Das Stratum corneum ist der erste Angriffspunkt der Coccidien an der Epidermis. Sie schieben sich zwischen die einzelnen Hautschichten ein und lösen die Epidermiszellen ab, welch letztere dann zu harten, trockenen Schuppen werden. Die Sporen entwickeln sich in enormen Mengen, und in Fig. 4 sind Coccidien in grofser Anzahl zwischen den Epidermisschichten eingelagert zu sehen. Die Zellen der tieferen Schichten der Epidermis bleiben dabei nicht indifferent gegenüber diesem Angriff der fremden Elemente; sie sind auch in den basalen Schichten der Epidermis erheblich vergröfsert, verdickt und hypertrophisch. An einigen Stellen hat man den Eindruck, dafs die Epidermiszellen sich vermehren und die Coccidien einschliefsen, indem sie eine Art von Epidermisperlen bilden, welche an die bei Krebs auftretenden Zellnester erinnern. Zwischen den Epithelzellen findet man auch einige polynukleäre Leukocyten nebst Coccidien und Detritus und oft auch Riesenzellen, von denen einige eingeschlossene Coccidien enthalten, ein Beweis für die Bemühungen der reaktiven Kräfte, die eindringenden Organismen abzufangen. An anderen Stellen drängen die Parasiten durch die Epidermis hindurch und haben sich ungefähr in keilförmiger Anordnung angesammelt.

Der durch die Anwesenheit der Coccidien in der Epidermis verursachte Reiz ist die Ursache der Wucherung und der Hypertrophie der bindegewebigen Elemente in den Papillen. An all den geschwürigen Stellen finden sich vergröfserte und hypertrophische Papillen als Folgewirkung des durch das Vorhandensein dieser Organismen gesetzten Reizes sowie der grofsen Anzahl der Plasmazellen, welche in breiten Reihen angesammelt sind. Fig. 5 zeigt diese Veränderungen der bindegewebigen Elemente. Das Derma unterliegt auch einem Wucherungsprozefs, aber an vielen Stellen finden wir kleine Alveolen, welche neben den Überresten zerfallener Zellen Detritus und Coccidien in bunter Mischung enthalten und eigentlich keine Abscesse darstellen.

Soweit man erkennen kann, befallen die Coccidien die Struktur des Dermas auf dem Wege der Haarfollikel. Fig. 4a zeigt das Übergreifen der Organismen auf den Haarfollikel und ihre Verbreitung durch den Haarschaft in die Maschen des Dermas. Letzteres ist durchsetzt von

Coccidien, welche zwischen seinen anatomischen Bestandteilen eingelagert auswachsen. In gewissem Grade erinnert dies an die Verteilung der infiltrierenden Elemente beim Hautkrebs. Ferner finden sich Coccidien im Bindegewebe der Haut und in den Drüsen, wobei die elastischen Fasern zum groſsen Teil zugrunde gegangen sind. An vielen Stellen hat, wie gesagt, das Auftreten der Fremdorganismen im Verein mit Eiterzellen und Detritus zur Entstehung von Alveolen im Derma geführt; diese sind von bindegewebigen Elementen umgeben und stellen kleine Abscesse dar, aus denen ein eitriges Sekret ausquillt. Aus dem Krankenbericht und der Tatsache des Vorhandenseins der Coccidien in den verschiedenen Hautschichten wird man entnehmen, daſs diese Mikroorganismen die pathogenen Faktoren bei dem Leiden sind.

Über diesen Gegenstand haben die Untersuchungen von Busse[1] und von Gilchrist[2] volle Klarheit verbreitet, indem diese Forscher bei gewissen Dermatosen Parasiten, welche den Hefeorganismen ähnlich sind, als das ätiologische Moment der Erkrankung nachgewiesen haben. Diese Organismen wurden als Blastomyceten bezeichnet, und demgemäſs wurden die durch dieselben bedingten Hautaffektionen Blastomykosen benannt.

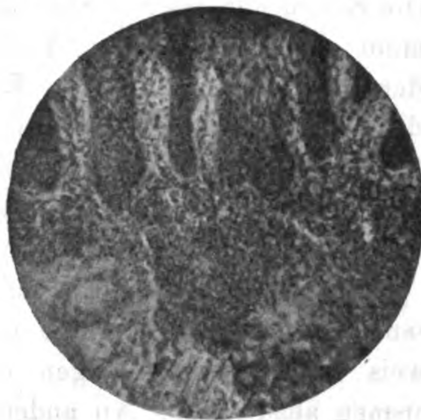


Fig. 5.
Coccidien, welche die ganze Haut durchsetzt haben. Objekt. 3/4.

Nach den erschöpfenden Arbeiten von Buschke[3] und späterhin von Friedrich Krause[4], in denen die Literatur über Blastomykosis wiedergegeben ist, dürfte es überflüssig sein, wieder auf die gleichen Publikationen zu rekurrieren. Wir können uns damit begnügen, zu sagen, daſs mehrere der Patienten gestorben sind, und daſs die inneren Organe vielfach metastatische Herde aufwiesen, welche die gleichen parasitären Elemente enthielten.

Bei sämtlichen Fällen war die Haut die Eingangspforte für die Parasiten gewesen. Dieselbe war mit Hefezellen durchsetzt, von Abscessen durchlöchert, enthielt in der Papillarschicht Riesenzellen und bot eine mehr oder weniger intensive Wucherung der tieferen Schichten der Epidermis dar.

---

[1] Busse, O., Die Hefen als Krankheitserreger. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* Bd. 47.

[2] Gilchrist, T. C., The Johns Hopkins Hospital Reports.

[3] Buschke, A., Die Blastomykose. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 68—69.

[4] Krause, F., Die sogenannte Blastomykose der Haut. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1905. Bd. 41. Nr. 4.

Bei dem von Curtis[5] in Lille beschriebenen Falle nahm die Affektion die Gestalt von grofsen sarkomähnlichen Tumoren an. Letztere enthielten, wie man konstatierte, die hefeartigen Elemente, und der Fall endete ein Jahr später letal unter nervösen Begleiterscheinungen.

Roncali[6] erwähnt einen Fall von Adenocarcinom des Darmes, bei welchem Hefeelemente sich vorfanden und nichts für Carcinom Charakteristisches nachgewiesen werden konnte. Diese parasitären Gebilde wurden als eine Art von Saccharomykosis gedeutet, welche sich zuerst in der Haut festsetze und dann auf metastatischem Wege sich auf die inneren Organe ausbreite.

Nun geschah es, dafs man anfing, die sogenannten Protozoenkrankheiten von Posadas, Wernicke, Rixford und Gilchrist, Montgomery u. a., die Saccharomykosis hominis von Busse und Curtis, sowie die blastomycetische Dermatitis von Gilchrist, Hyde und F. H. Montgomery als verschiedene Äufserungen des gleichen Leidens anzusehen. Nach Stelwagons[7] Meinung sind die bei den verschiedenen Fällen dargestellten Organismen trotz mancherlei Abweichungen in untergeordneten Punkten doch morphologisch und biologisch so eng miteinander verwandt, dafs es gerechtfertigt erscheint, sie zu einer einzigen Gruppe zusammenzufassen. Die Hefeorganismen können in der Haut weiterwachsen und zu Zeiten eine intensive entzündliche Reaktion hervorrufen unter Entwicklung von Riesenzellen in den Geweben, während zu anderen Zeiten, wie bei anderen Mykosen, nur eine beschränkte Reaktion am Gewebe dadurch bewirkt wird.

D. W. Montgomery, Ryfkogel und H. Morrow[8] treten energisch dafür ein, dafs die Dermatitis coccidioides als eine Krankheit sui generis aufzufassen sei, welche sich in grundlegenden Momenten von der Blastomykose unterscheide. Sie weisen auf verschiedene klinische Momente hin sowie auf die bakteriologischen Eigenschaften des Pilzes, welcher sich durch endogene Sporenbildung fortpflanzt, während der Parasit der Blastomykose sich durch Sprossenbildung vermehrt.

Auch Buschke neigt dazu, die Blastomykose mit einem mehr dem Oidion ähnlichen Parasiten in Zusammenhang zu bringen, und er klassifizierte sie als eine Oidiomykose. Die von Buschke ins Auge gefafsten Unterschiede dürften sich namentlich auf die klinischen Erscheinungen beziehen,

---

[5] Curtis, F., A propos des parasites du cancer. *Comptes rend. de la Soc. de Biolog.* 1899. S. 191.

[6] Roncali, Die Blastomyceten in den Sarkomen. *Zentralbl. f. Bakt. u. Parasitenkunde.* 1905. Bd. 18.

[7] Stelwagon, H. W., Treatise on diseases of the skin. S. 1072.

[8] Montgomery, Ryfkogel and Morrow, Dermatitis coccidioides. *Journ. Cutan. dis.* Jan. 1903.

denn bei der Blastomykose entstehen kleine Tumoren an der Haut, welche zu Geschwürsbildung führen und im weiteren Verlauf oft mit einer Infektion der Lymphdrüsen kompliziert sind, während bei den durch die anderen Pilze bedingten Formen die Dermatitis als eine diffuse Infiltration der Haut einsetzt mit kleinen Abscessen und papillären Wucherungen, welche von einem, den fortschreitenden Teil der Affektion dokumentierenden Infiltrationsgebiet umgeben sind.

Buschke, D. W. Montgomery[9] und auch wir haben ferner in therapeutischer Hinsicht einen Unterschied konstatiert, indem der interne Gebrauch von Jodkalium bei der ersteren Gruppe sich als heilsam erweist, bei der letzteren dagegen nicht.

Die blastomykotischen Läsionen beginnen als ein kleiner Fleck oder als eine Gruppe von Papeln oder als Knötchen oder Pusteln, und von dieser Anfangsform aus entwickelt sich eine Infiltration, welche weiterwuchert und warzige Erhebungen erzeugt, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit Tuberculosis verrucosa cutis oder auch mit den Blumenkohlgewächsen des Carcinoms darbieten. Im Zentrum tritt dann Erweichung ein, und es bilden sich Abscesse. Diese Läsionen sind von brauner, bläulicher und cyanotischer Färbung; die Abscesse sowie die dann entstehenden Geschwüre sondern stark ab, und auf einen leichten Druck entleeren sich schon kleine Tropfen einer eitrigen Substanz. Die Geschwürbildung tritt frühzeitig in die Erscheinung, und auch die Lymphgefäſse und die Lymphdrüsen sind nach kurzer Zeit ebenfalls affiziert. Bei unserem Fall jedoch handelte es sich um eine diffuse Infiltration der Haut mit oberflächlichen, papillären Knötchen und einer Ansammlung von kleinen Abscessen. Die in dem Sekret enthaltenen Sporen sind imstande, die Krankheit auch auf andere Gebiete einzuimpfen.

Die subjektiven Symptome sind in der Regel durch die Entzündung an der Haut zu erklären; in unserem Falle litt der Kranke, wie gesagt, an einem unerträglichen Juckreiz.

Die weitere Ausbreitung der Krankheit erfolgt in chronischer Weise, erfordert Monate und sogar Jahre und kann mit Tuberculosis verrucosa cutis, mit Akne abscedens und mit Syphilis verwechselt werden. Zeitweilig finden akute Exacerbationen unter gelinden Fiebererscheinungen und allgemeinem Unwohlsein statt. Anfangs fehlen die Symptome spezieller Organerkrankungen, aber allmählich breitet sich das Leiden metastasierend auf die inneren Organe, Lunge, Leber, Nieren, Periost, die serösen Membrane aus, und dann nehmen die Symptome eine erheblich ernstere Form an. Der Kranke wird schwach, fiebert, und es entsteht eine Art von

[9] Montgomery and Morrow, Reasons for considering Dermatitis coccidioides an independent disease. (*Journ. Cutan. dis.* Aug. 1904.)

unregelmäſsiger Kachexie mit geistiger Beeinträchtigung, bis schlieſslich der Tod eintritt.

Bei der blastomykotischen Form wird über Fälle mit Ausgang in Genesung berichtet, aber was Dermatitis coccidioides betrifft, scheint bisher eine Heilung niemals beobachtet worden zu sein. Man hat den Eindruck, daſs die Krankheit auch auf die Nervenfunktionen einen deletären Einfluſs ausübt; wenigstens haben wir bei dem hier geschilderten Fall und bei einem anderen an Botryomykose erkrankten Patienten eine ganz erhebliche Beeinträchtigung der Psyche konstatiert.

Die histologische Untersuchung hat bei beiden Formen dieser Erkrankungsart starke Erhebungen an der Epidermis ergeben, Gruppen von Epithelzellen, welche an Krebsperlen erinnern. In den verschiedenen Schichten der Epidermis findet man miliare Abscesse, Epithelwucherungen, entzündliche Infiltration, Leukocyten, eosinophile und Plasmazellen. Inner-



Fig. 6.
Botryomykosis chronica.

halb der Abscesse findet man Gruppen von Sporen mit doppelten Konturen. Das Vorhandensein von Riesenzellen beweist das Eindringen fremder Elemente.

Zwischen den Riesenzellen und in denselben und in der Infiltrationssubstanz der Abscesse finden sich runde Sporen in groſser Menge, teils einzeln, teils in Haufen; sie sind selten mit Mycelium verbunden und haben Ähnlichkeit mit der doppelkonturierten Hefe der Saccharomykosis. Tatsächlich handelt es sich um eine Invasion der Hautgewebe durch Saprophyten. Diese Saprophyten gedeihen auf den für Hefe geeigneten Nährmedien, z. B. Glycerin-Agar und Agar-Maltose, auf denen sie zu sehr üppigen Formen auswachsen. Allem Anschein nach bedürfen diese Parasiten des Zuckers zu ihrer Entwicklung. In den Kulturen zeigen sie kräftige, gegliederte Mycelfäden mit kurzen seitlichen Sprossen.

Ätiologie. Beim BUSCHKEschen Falle war es in ätiologischer Hinsicht bemerkenswert, daſs der Mann mit Getreide hantierte, das mit einem

braunen Pulver verunreinigt war. Das Getreide war mit Brand behaftet, und mehrere Pferde, welche davon gefressen hatten, gingen ein. Hyde weist wiederholt auf die Häufigkeit von Blastomykosen bei Personen, welche gewohnheitsmäfsig mit Dünger zu tun haben, hin. Bei dem von D. W. Montgomery beschriebenen Fall hatte der Patient oft die Nächte in Güterwagen zugebracht, in denen Schmutz und Schimmel oft anzutreffen sind. Bei meinem eigenen Falle handelte es sich um einen Mann, welcher mit seinen Händen das Füllmaterial bearbeitete. Diese Masse wird hergestellt, indem man Tierkadaver trocknet und dann fast zu Pulver zerstampft. Ich habe Proben von diesem Pulver unter dem Mikroskop untersucht und habe daran Sporen konstatiert, welche mit den in der erkrankten Haut angetroffenen eine unzweifelhafte Ähnlichkeit erkennen liefsen. Mit diesem selben Pulver habe ich Nährmedien geimpft, und 20 Stunden später waren letztere mit einem reichlichen Wachstum von Schimmelpilzen bedeckt. Die so erhaltenen Schimmelkolonien wurden auf Reagenzröhrchen mit Nährgelatine übertragen, worauf diese sehr bald sich trübte und verflüssigte und mit Schimmelklumpen durchsetzt wurde. Unter dem Mikroskop erkannte man eine grofse Menge doppelkonturierter Sporen, von denen einige Sprossenbildung aufwiesen. Von dieser verflüssigten schimmelhaltigen Gelatine wurde eine kleine Menge einem Meerschweinchen subcutan eingespritzt. Dasselbe starb 26 Stunden nachher. Das Blut des Tieres war dunkel gefärbt und flüssig und enthielt Schimmelsporen.

Sanfelice[10] hat aus dem Saft von Früchten Hefezellen gewonnen, welche er Saccharomyces neoformans nannte, und mit denen er durch Inokulation an kleinen Tieren krankhafte Erscheinungen und einen tötlichen Ausgang herbeiführte. Lydia Rabinowitsch[11] fand sieben verschiedene Hefearten, welche bei weifsen Mäusen und Kaninchen pathologische Symptome erzeugten. Mafucci und Sirleo[12] haben eine Hefeart gezüchtet, die für Meerschweinchen pathogen ist.

Alle diese pathogenen Hefen haben, wenn sie eingeimpft wurden, Infiltration und Geschwürsbildung an der Haut erzeugt sowie im weiteren Verlauf Lymphdrüsenaffektionen und Störungen an den inneren Organen. Auch gaben sie Anlafs zu Geschwülsten von sarkomartiger Struktur, bei denen man die Beteiligung der Hefezellen direkt nachweisen kann.

---

[10] Sanfelice, F., Contribution à la morphologie et à la biologie des blastomycètes, qui se développent dans les sucs des divers fruits. (*Ann. de Microscop.* 1895. Nr. 10).

[11] Rabinowitsch, L., Untersuchungen über pathogene Hefearten, zitiert von Buschke.

[12] Mafucci, A., und Sirleo, L., Osservazioni ed esperimenti intorno ad un blastomycete patageno con inclusione dello stesso nelle cellule dei tessuti patogeni. (*Il Policlinico.* 1905. S. 138.)

Diese Schimmel wirken wie krankhafte Elemente an Tieren. Einige Schimmelarten bewirken beim Einverleiben in die Gewebe keine lokalen Reaktionserscheinungen an der Impfstelle, entwickeln sich aber bald in Gewebflüssigkeiten und im Blute weiter und wirken dann tötlich auf den Wirt. In anderen Fällen kann der Mikroorganismus auf das Impfgebiet beschränkt bleiben, und man kann dann durch die operative Entfernung des betreffenden Teils Heilung erzielen; gewöhnlich indessen werden die Sporen von den Lymphgefäſsen und Lymphdrüsen aufgenommen, oder sie gelangen direkt in den Blutstrom und werden den inneren Organen zugeführt, wo alsdann Infiltrationen, Knötchenbildung und Eiterung die Folgen sind.

Auf der Abteilung C des Cincinnati City Hospital haben wir jetzt noch einen anderen einigermaſsen ähnlichen Fall von Dermatitis coccidioides in Behandlung bei einem der farbigen Rasse angehörigen Manne, der mehrere Monate lang in den Sielen gearbeitet und verschimmelte Stiefel getragen hatte. Er war von den Füſsen bis auf die Oberschenkel hinauf mit Pusteln und kleinen Abscessen bedeckt. Die den Pusteln entnommene Flüssigkeit enthielt eine groſse Anzahl von rundlichen Körperchen von der Art der Coccidien. Alle Pusteln hinterlassen bei der Heilung tiefe, weiſsliche Narben.

Wie die Experimente von Buschke gezeigt haben, finden die Hefeorganismen Eingang in den Körper durch die Haut hindurch infolge von Reiben und Drücken oder durch Einwanderung in die Epidermisschichten beim Eintritt von kleinen Verletzungen. Bei den von Marzinowski und Bogrow[13] berichteten Fällen hatte das Eindringen der Blastomyceten auf dem Wege der Haarfollikel stattgefunden.

Auch bei unseren beiden Fällen hatten die Coccidien meistenteils durch die Haarfollikel Zutritt erlangt.

Ferner kann die Aufnahme durch die Schleimhäute der Nase und der Conjunctiva erfolgen und sogar durch die Schleimhaut der Därme. Auch war ein embolischer Prozeſs am Peritoneum zu konstatieren, welcher auf die Anwesenheit von Blastomyceten an diesem Organ zurückzuführen war, sowie ein Ascites chilosus als Folge des Verschlusses der Chylusbahnen.

Mikroorganismen von höherer Organisation, welche der Gruppe der Hefen oder der Schimmelpilze zugehören, können also unter gewissen Bedingungen der atmosphärischen Luft und des tierischen Organismus den letzteren in krankhafter Weise affizieren und lokale Veränderungen der Gewebe, Eiteransammlungen und Infiltration mit den Parasiten, eine Blastomykose, hervorbringen.

---

[13] Marzinowski und Bogrow, Die Blastomyceten und ihre Beziehung zu Hautkrankheiten. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1886. Bd. 1 u. 2, S. 226.)

Eine blastomycetische Septikämie infolge von Metastasen mit Auswachsen der im Blute und im Gewebssafte zirkulierenden Sporen ist ebenfalls nachgewiesen worden. Nach dem bei unserem Falle beobachteten deletären Resultate müssen wir den Schluſs ziehen, daſs eine Blastomyceteninfektion mit einer Veränderung der Gewebsflüssigkeiten sich vollzieht und, in den Blutkreislauf eindringend, eine wichtige Modifizierung des Serums bedingt, wie dies bei anderen Infektionskrankheiten auch beobachtet wird.

Daſs die Beschaffenheit des Gesamtorganismus einen bald mehr, bald weniger geeigneten Boden für die Entwicklung dieser pathogenen Organismen abgibt, geht aus den (von Buschke l. c. zitierten) Beobachtungen Ehrmanns an einem in einer Hefefabrik beschäftigten diabetischen Arbeiter, welcher an einem ausgedehnten pustulösen Ausschlag litt, hervor. Es wurden in den Pusteln Hefezellen nachgewiesen, welche beim Einimpfen auf den Patienten selbst wiederum Pusteln hervorbrachten, aber beim Übertragen auf einen gesunden Mann ohne Wirkung blieben.

Um zu resümieren: wir kennen eine Gruppe von Krankheiten, die bedingt sind durch das Eindringen von Organismen in die Haut, sei es auf dem Wege von Erosionen oder der natürlichen Poren, Organismen, welche von Tieren oder Körnern oder sonstigem Material herstammen. Was das Wesen dieser durch die verschiedenen Arten von Hefe, Oidium, bedingten Krankheiten betrifft, so sind sie infektiöser Art und nehmen einen chronischen, monate- und jahrelangen Verlauf. Die Erkrankungen sind häufig in mehrfach wiederholten Attacken aufgetreten. Der erste Angriffspunkt ist die Haut. Das Leiden bleibt längere Zeit an der Haut lokalisiert, breitet sich aber auch in vielen Fällen bald auf die angrenzenden Schleimhäute aus, und späterhin werden metastatisch vermittels des Blutes oder der Lymphbahnen die Lunge, Leber, Nieren, Periost und das Nervensystem ergriffen. In den meisten Fällen stirbt der Patient an dieser Krankheit; manchmal dürfte Tuberkulose den tödlichen Ausgang noch beschleunigen.

Aus den mehrfachen Varietäten der Oidia gehen Verschiedenheiten in der Form der Krankheit hervor, und alle diese Erkrankungsarten zeigen, obschon sie, wie D. W. Montgomery zuerst behauptete, unter sich verwandt sind, sowohl nosologisch wie mykologisch einige durchgreifende Unterschiede. Deshalb haben wir unseren Fall unter der Bezeichnung Dermatitis coccidioides besprochen, weil der zugrunde liegende Parasit mit einem Coccidium eine gröſsere Ähnlichkeit aufweist.

Die nosologische Gruppe der Blastomykosis der Haut ist hinreichend begründet, aber die Dermatitis coccidioides muſs, obgleich ebenfalls dieser Erkrankungsart angehörend, dennoch als eine aparte nosologische Einheit anerkannt werden.

Übersetzt von Dr. Philippi-Salzschlirf.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Februar 1908.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. HALLE demonstriert einen dreijährigen Knaben mit **Erythema perstans (CROCKER)**, Die Affektion besteht in rötlichen derben Ringen an Hand und Vorderarm, ist seit vier Monaten unverändert vorhanden.

2. PAUL RICHTER hält unter Demonstration ältester Drucke einen Vortrag über die **Entstehung und Entwicklung der Schmierkur**, und demonstriert sogenannte **Syphilisbilder**. In der Diskussion berichtet PAGEL über Quecksilber-Zinnober-Räucherungen bei den Chinesen.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky[1] zu St. Petersburg.

Sitzung vom 26. Januar (8. Februar) 1908.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

Vorsitzender Prof. PAWLOFF teilte den Tod des Mitgliedes der Gesellschaft, Prof. POLOTEBNOFF, mit und forderte die Anwesenden auf, das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren (es geschah).

GUNDOROFF zeichnet in einer ausführlichen Rede, dem Andenken von Prof. POLOTEBNOFF gewidmet, dessen Tätigkeit als Forscher und Lehrer. Der Verstorbene war ein äufserst gebildeter Arzt und Dermatologe; seine wissenschaftlichen Arbeiten waren in weitesten Kreisen der ausländischen Dermatologen bekannt; wenn auch nicht alle seine Ansichten, wie z. B. über Nichtinfektiosität der Lepra, teilten, so wurden jedoch seine Werke allgemein als originell und talentvoll anerkannt. Er war kein Theoretiker. In allen seinen Werken ragte ein scharfer deduktiver Geist hervor, dem eine Arbeit à posteriori und nicht à priori eigen war. Nicht mit Unrecht kann er als Begründer der Russischen dermatologischen Schule gelten. In seinem Privatleben sowie im Umgange mit seinen Kranken war er ein Mitmensch und ein Arzt in bestem Sinne des Wortes. Sein Andenken lebe unter seinen Schülern und Freunden!

1. SCHAFIR demonstriert eine **Luxatio spontanea** und eine **Fractura spontanea** bei einer 40jährigen Kranken; es besteht, laut vorliegender Röntgenophotographie, eine sehr seltene syphilitische Knochenatrophie und zwar: 1. Atrophia ossium manus dex. et articulat. dex. 2. Sehr ausgesprochene Atrophia radii mit dessen Luxatio und Fractura. 3. Verdickung des Periosts des Radiusrestes. 4. Hypertrophia ulnae.

Diskussion: KETSCHEK betrachtet ähnliche Atrophien als äufserst selten — den syphilitischen Knochenhypertrophien gegenüber, die leider öfters mit den tuberkulösen verwechselt werden.

---

[1] Im Jahre 1885 gegründet, wurde die Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft vom 13. November 1907 ab Prof. TARNOWSKYS Andenken zu Ehren, „Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky" genannt.

Petersen meint, es wäre der vierte ihm bekannte Fall in der Literatur; er möchte blos bemerken, dafs der Prozefs an der Ulna auch anderen Ursprungs sein könnte.

Gellat ist der Meinung, dafs die seit fünf Jahren bestehende Untätigkeit des Gelenkes den atrophischen Prozefs auch beförderte.

Omeltschenko meint, dafs der Fall eher als Osteochondritis syphilitica und nicht als Ossitis syphilitica betrachtet werden mufs.

2. Fridmann demonstriert einen 22jährigen Kranken mit **Acne cachecticorum** an den Füfsen und **Lichen scrophulosorum** an der Brust; derselbe Patient hat eine unklare Affektion an der Kopfhaut und manche Symptome des Skorbut.

Diskussion: Bormann meint, das wäre keine Akne — eher kann man an Lichen planus denken; die Affektion an der Kopthaut wäre ein Lupus erythematodes.

Kulnew meint, wir hätten hier mit einem Lichen planus zu tun; die rotbraune Farbe einzelner Papeln hängt mit dem Skorbut zusammen.

Ketschek glaubt, dafs in einer so kurzen Zeit bei Lupus erythematodes solche Narben, wie wir es an der Kopfhaut sehen, nicht entstehen können.

3. Gellat hält einen sehr ausführlichen Vortrag über **Komplikationen bei der Paraffinprotese**.

Der Referent glaubt, dafs trotz der mannigfaltigen Ansichten über Embolie, die wirkliche Ursache derselben uns jedoch unklar bleibt. Er meint, man könne gute Resultate durch den Gebrauch von hartem Paraffin (von 60° Schmelzpunkt) erzielen. Die Nadel mufs, um die Embolie zu vermeiden, erst tief hereingestochen und Paraffin nicht eher eingespritzt werden, als bis die Nadel erst wieder einigermafsen herausgezogen worden ist.

Diskussion: Omeltschenko ist der Meinung, dafs die Embolie nur dann entstehen kann, wenn die Nadel in das kranke Gewebe gelangt. Bei der Einspritzung in das gesunde kann keine Embolie entstehen: der Opponent hat viele Fälle von Paraffintumoren bei Rekruten (aus Simulationszwecken entstandene) beobachtet, es kam aber niemals zu einer Embolie.

Ketschek stimmt der Meinung von Omeltschenko zu.

Fachzeitschriften.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. IV, Heft 11.

Magnus Hirschfeld: Geschlechtsübergänge, Mischungen männlicher und weiblicher Geschlechtscharaktere, von A. Frhr. v. Notthafft-München. In dieser ziemlich eingehenden Besprechung des Hirschfeldschen Buches macht v. N. dem Verfasser vor allen Dingen den Vorwurf, dafs er in unlogischer Weise zunächst darlegt, dafs eigentlich alle Merkmale des einen Geschlechts sich in modifizierter und meist nur graduell verschiedener Form bei dem anderen Geschlechte wiederfinden, und dafs er dann im zweiten Teil aus eben diesen variabelen Momenten den weitgehenden absoluten Beweis der Homosexualität ziehen will. Sehr zu bekämpfen sei die These, dafs die Homosexualität eine angeborene Eigenschaft und als solche an dem so gearteten Individuum unausrottbar sei. Eine gewisse Periode des undifferenzierten Geschlechtstriebes sei freilich anzuerkennen, aber für eine spätere abnorme

Richtung seien ohne Zweifel immer irgendwelche besonderen ungünstigen psychischen Einwirkungen maſsgebend, abgesehen allerdings von Fällen von wirklichem Hermaphroditismus. Die Beseitigung des § 175 hält v. N. nicht für begründet; derselbe sei nötig wegen der Gemeingefährlichkeit der Homosexuellen, der Bedrohung des öffentlichen Sittlichkeitsgefühls und der Verführung junger Leute durch dieselben.

Zur v. Notthafftschen Kritik von Hirschfelds „Geschlechtsübergängen", von A. Kind-Berlin. Gegen die vorstehende Kritik wendet sich K., indem er ausführt, daſs das Wesen der Homosexualität noch keineswegs von der Wissenschaft endgültig weder nach der einen, noch der anderen Richtung entschieden ist. Hirschfeld habe auch seine Hypothese von der bisexuellen Triebanlage hauptsächlich begründet durch den Hinweis auf die fötalen Primitivorgane, deren späte Differenzierung und ihren bei Mann und Weib durchaus analogen Bau.

Kritische Bemerkungen über die verschiedenen antikonzeptionellen Maſsnahmen, von R. Braun-Wien und J. Winterberg-Wien. Zur Begründung der Berechtigung, antikonzeptionelle Mittel anzuwenden, führen Verfasser einige Auslassungen von Forel und von Hinz an, ohne wesentlich neues zu bringen. Nach einer Besprechung der sonstigen zu Gebote stehenden Mittel dieser Art empfehlen sie als das zweckmäſsigste Verfahren die Anwendung der von Braun empfohlenen und von dem chemischen Laboratorium Nassovia in Wiesbaden hergestellten Spermathanaton-Pastillen, welche vorwiegend Borsäure, teils als metaborsaures Natrium, teils als Perbonat enthalten.

Eine persönliche Bemerkung zum Breslauer Fürsorge-Erziehungstage, von W. Hammer-Berlin. Zum Referate ungeeignet.

Jahrg. IV., Heft 12.

Geschlechtsleben und Ehe mit Berücksichtigung der Gleichgeschlechtlichkeit, von H. Pudor. Verfasser bespricht einige der Nachteile der Einehe in bezug auf das Geschlechtsleben (Enthaltsamkeitszwang für den Mann während der Menstruation und Schwangerschaft usw.), kommt aber zu dem Resultat, daſs dieses Institut doch die relativ beste Lösung der Frage bietet, und daſs namentlich die sogenannte „Reformehe" weit mehr Nachteile als Vorteile bietet.

Ein Beitrag zur Lehre von den Zwillingsgeburten, von W. Hammer-Berlin. Bericht über zwei Brüder, von denen der eine in erster Ehe zweimal und in zweiter Ehe einmal Zwillinge (jedesmal Knabe und Mädchen) zeugte, während dem anderen einmal Zwillinge (zwei Jungen) nebst einem Mädchen bescheert wurden.

Dienstmädchenberuf und Dirnentum, von W. Hammer-Berlin. Ein groſser Teil der Dirnen rekrutiert sich aus den Häftlingen der Fürsorgeanstalten und Magdalenenheimen, da sie dort nur als Dienstmädchen ausgebildet werden und später dann wieder rückfällig werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Januar 1908.

Osteopathien quaterner Syphilis, von Gaucher und Levy-Bing-Paris. Gaucher hatte schon früher bewiesen, daſs tertiäre Heredosyphilis Knocheneiterungen hervorrufen kann, welche klinisch vollständige Ähnlichkeit mit tuberkulöser Osteitis haben und deren Diagnose nur durch die rasche Heilwirkung der spezifischen Behandlung gestellt werden kann. In vorliegender Arbeit stellen Verfasser nun fest, daſs die quaterne oder Para-Heredosyphilis ebenfalls Knochen- oder Gelenksveränderungen, welche im allgemeinen für tuberkulöse Erkrankungen gehalten werden, hervorrufen können, oder daſs wenigstens die letzteren unvergleichlich häufig bei Individuen,

welche zweifellose Spuren heredo-syphilitischer Dystrophien zeigen, vorkommen. Kinder mit tuberkulöser Arthritis, Hüftgelenksentzündung, Pottschem Übel sind sehr oft oder beinahe immer in der ersten oder zweiten Generation Abkömmlinge von Syphilitikern. Um nun dies genau festzustellen, untersuchten Verfasser systematisch alle Fälle von eitriger Knochenerkrankung, welche in Berck-sur-Mer zur Behandlung kamen, und fanden von 247 Untersuchten 68 mit hereditärer Syphilis behaftet; die therapeutische Probe mit Quecksilberinjektionen und Jodkalium wurde allerdings in diesen Fällen nicht ausgeführt. Im Gegensatz hierzu steht ein Fall, wo ein drei Jahre altes Kind, welches keinerlei Spuren von hereditärer Syphilis aufwies und ein mit Fisteln verbundenes Pottsches Übel hatte, sehr günstig durch Quecksilbereinreibungen (4 g pro Tag) beeinflufst wurde. Heredosyphilis, entweder direkt oder in der zweiten Generation, ist also ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von eitrigen Knochen- und Gelenksaffektionen der Kinderjahre (Tumor albus, Hüftgelenksleiden, Pottsches Übel), mögen dieselben auf quaterner Heredosyphilis beruhen, oder die hereditäre Ansteckung eine prädisponierende Ursache für tuberkulöse Veränderungen sein.

Erythema exsudativum multiforme, dessen gegenwärtige Bedeutung; Bericht über einen Fall von Erythema circinatum bullosum et haemorrhagicum infolge einer Schufswunde, anscheinend auf Streptokokken-Infektion beruhend und tötlich endend, von William Thomas Corlett-Cleveland-Ohio. Der Verlauf in dem vorliegenden, einen 12jährigen Knaben betreffenden Fall war folgender: Etwa neun Tage, nachdem ihn ein Schufs hinter das linke Ohr getroffen hatte, entstanden am ganzen Körper, besonders am Nacken und oberen Teil des Rumpfes, ein Erythem mit ausgesprochen erhabenen Rändern und daneben einige Petechien und eine Anzahl Blasen, die 2—6 cm im Durchmesser hatten. Allmählich wandelten sich alle Erythem-Effloreszenzen zu Blasen um, welche zuerst ein seröses, dann ein hämorrhagisches Exsudat enthielten und bald zum grofsen Teil purulent wurden. Die Blasen wurden geöffnet und antiseptisch behandelt; Reinkulturen sowohl aus den hämorrhagischen wie den eiterigen Blasen ergaben reine Streptokokkenkulturen. Etwa acht Tage nach Beginn der Hauterkrankung und 19 Tage nach der Schufsverletzung trat der Tod ein, wahrscheinlich infolge von Resorption septischer Massen. Während der vorliegende Fall vom klinischen Standpunkt aus relativ selten ist, fehlen in der Literatur keineswegs Fälle, in welchen auf ein Erythema Blasen- und Hämorrhagienbildung und der Tod nachfolgte, wie C. übersichtlich nachweist; der auf einen Flintenschufs zurückzuführende Ursprung und die histologischen Befunde sprechen hier für eine Streptokokkeninfektion.

Ein Fall von Sarkoid, von S. Pollitzer-New York. Derselbe betraf eine 35jährige Frau, welche eine ausgeheilte Lungentuberkulose hinter sich hatte und bei welcher das Hautleiden vor etwa fünf Jahren mit dem plötzlichen Auftreten breiter, dunkelroter, runder und ovaler, leicht erhabener Flecken von 5—20 mm Durchmesser begann; dieselben zeigten scharf begrenzten Rand, subjektive Erscheinungen verursachten sie nicht. Die ursprünglichen Hauteffloreszenzen veränderten sich wenig im Laufe der Jahre und es gesellten sich allmählich immer neue hinzu. Die hauptsächlich befallenen Körperstellen waren Gesicht, Stirn, Wangen und Nase, Nacken, Schultern, linker Arm, beide Vorderarme, Bauch und rechtes Bein. Klinisch bot sich also das Bild des Boeckschen Sarkoids, das nur insofern von den bisher beobachteten Fällen abwich, als es sich um eine hochgradig tuberkulöse Frau handelte. Auch histologisch ergab die Untersuchung ein mit Boecks Sarkoid und Dariers subcutanem Sarkoid nahezu identisches Bild, nur mit dem Unterschied, dafs es in vorliegendem Falle durch die ganze Cutis sich durchzog und die Subcutis beinahe nicht berührte.

Die Zellmassen beim Durchschnitt ähneln in hohem Maße Tuberkeln und scheinen verschiedene Teile irregulärer Zellinfiltration, welche großenteils den Blutgefäßen folgt, zu sein. Tuberkulose ist ausgeschlossen nach dem mikroskopischen Befund (keine Tuberkelbazillen) und dem Resultat der Impfversuche.

Multiples gutartiges cystisches Epithelioma, von L. Heidingsfeld-Cincinnati. Auf Grund von fünf selbst beobachteten Fällen, welche, teilweise illustriert, hier kurz wiedergegeben werden, kommt H. zu folgenden Schlüssen. Die genannte Art von Epitheliom bietet viele klinische und pathologisch-anatomische Variationen, die jenen bei Adenoma sebaceum, Lymphangioma tuberosum multiplex und manchen Formen von bilateral angeordnetem Naevus gemeinsam sind. Alle diese Affektionen zeigen eine gemeinsame Pathogenese von verirrtem embryonalen Gewebe. In Anbetracht ihrer gemeinsamen Pathogenese und der nahen Verwandtschaft vieler ihrer klinischen und pathologischen Eigenschaften sollten diese Affektionen, um unnötige Weitschweifigkeit in der Nomenklatur zu vermeiden, in eine Klasse zusammengestellt werden. Die Pathologie von jedem dieser sogenannten getrennten Typen dermatologischer Affektion umfaßt die Hypertrophie aller Drüsenelemente und Hautgewebe in der verschiedensten Form und Kombination; in Anbetracht ihrer gemeinsamen embryonalen Abstammung und des multipel papillären Charakters der Veränderungen möchte H. die allgemeine Bezeichnung: „multiple disseminierte embryonale lichenoide Hauteruptionen" vorschlagen. Schließlich meint H., es sollte sorgfältige Beobachtung der Analogie, welche diese Art von Affektionen mit den klinischen und pathologisch-anatomischen Veränderungen frühzeitiger maligner Entartung hat, und dem Umstande, in welcher Ausdehnung maligne Degeneration auf Veränderungen, die auf verirrt embryonaler Entwicklung zurückzuführen ist, beruhen, gewidmet werden.

Leichte und rasche Methode des mikrochemischen Nachweises von Quecksilber im Urin, von C. Lombardo. Diese Methode ist kurz folgende. In eine Röhre der Zentrifuge werden 5 ccm des zu untersuchenden Urins, womöglich unmittelbar nach der Miktion, gelassen, ein Tropfen Eiereiweiß zugefügt und geschüttelt; dann 3 ccm einer 12%igen Chlorzinklösung zugegeben, filtriert und mit 25%iger Salzsäure hyperacidifiert. Der Urin zeigt zuerst Trübung, dann wird er klar und schließlich opaleszent von der späten Eiweißgerinnung; nun wird er auf einige Minuten zentrifugiert, die Flüssigkeit entfernt und der Niederschlag am Boden mit einer Pipette entnommen, auf einen Objektträger gebracht, mit einem Deckglas bedeckt und unter dem Mikroskop (600) untersucht. Wenn der Urin Quecksilber enthält, findet man dasselbe im Niederschlag in Form ganz feiner schwarzer Kügelchen metallischen Quecksilbers. Es ist ratsam, mit normalem Urin eine vergleichende Reaktion anzustellen. Wenn größere Mengen Urins vorhanden sind, kann man den erhaltenen Niederschlag noch zu den chemischen Reaktionen auf Quecksilber verwenden. Die beschriebene Methode kann in wenigen Minuten ausgeführt werden und ist ebenso sicher, als andere kompliziertere Methoden.

Sämtliche hier referierten Arbeiten wurden als Vorträge auf dem 6. internationalen Dermatologen-Kongreß (New York, 9. bis 14. September 1907) gehalten.

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907, Heft 12 und 1908, Heft 1.

Haut- und Bindehaut-Reaktion bei verschiedenen Dermatosen tuberkulösen und anderen Ursprungs, von J. Nicolas und P. Gauthier. Die Verfasser haben die neuerdings beobachtete örtliche Reaktion der Haut auf Tuberkulinimpfung

einer Untersuchung bei Hautkranken unterzogen. Sie haben dabei Fälle gewählt, bei denen die tuberkulöse Natur der Dermatose teils sicher stand, teils ausgeschlossen, teils zweifelhaft, zum mindesten möglich war. Die Reaktion stellte sich aber nicht nur in allen — neun — Fällen fraglos tuberkulöser Formen, sondern auch in 25% der Fälle — 7 von 28 — ein, bei denen jedes klinische Symptom der Tuberkulose fehlte. — Bei Impfung von Tuberkulin auf die Conjunctiva von Kranken mit Hauttuberkulose — neun Fälle — war der Erfolg achtmal bejahend, einmal zweifelhaft; während bei neun andern, klinisch der Tuberkulose nicht verdächtigen Hautkranken nur einmal ein bejahendes Ergebnis zu verzeichnen war. — In einer dritten Versuchsreihe wurde bei 13 Patienten erst die Augen-, und zwölf Tage später die Hautprobe vorgenommen; die Ergebnisse waren fast übereinstimmend, nur in einem Fall von Gesichtslupus versagte die Augenprobe, während die Haut auch hier auf die Impfung reagierte. Zum Schluſs empfehlen die Verfasser die Hautreaktion als schonend und ungefährlich.

Lichen planus atrophicus, von W. Dubreuilh une G. Petges. Die Arbeit bringt einen der seltenen Fälle von Lichen planus atrophicus mit ausschlieſslichem Sitz auf Stirn, Kopf und Mundschleimhaut. Bei dem 33jährigen neuropathisch belasteten Patienten saſsen auf der rechten Stirnhälfte eine Gruppe von sieben bis acht Papeln, auf dem Kopf verschiedene kahle Stellen. Mit dem Auftreten dieses Lichen planus hörte eine heftige Migräne, die den Patienten jahrelang gepeinigt hatte, auf. Innere und Salbenbehandlung blieben ohne Einfluſs, aber nach acht Anwendungen hochgespannter Ströme verblaſsten und verschwanden die Papeln unter Erythembildung und starker Abschuppung.

Bei der Besprechung dieses Falles werden als bemerkenswert hervorgehoben: sein ungewohnter Sitz, seine lange, über mehrere Jahre sich erstreckende Dauer, das Fehlen subjektiver Symptome wie Jucken usw., die Wirkungslosigkeit des von Wien aus empfohlenen Arsens.

Im weitern Verfolg ihrer Analyse sprechen die Verfasser dann den Gedanken aus, ob nicht manche Formen von Atrophodermie, deren Klassifizierung den Dermatologen Schwierigkeiten bereitet, Abarten des Lichen planus atrophicus seien. Als solche Formen werden genannt der Lichen morphaeicus, die Sclérodermie en gouttes, der Lupus erythematosus atypicus, die Vergetures rondes.

Ein Fall von Neurofibromatosis generalisata mit Molluscum pendulum der linken Gesichtshälfte, Ptosis der linken Ohrmuschel und Atrophie und Syndaktylie des linken Armes, von Bénaky-Smyrna. Einen dem vorliegenden ganz entsprechenden Fall hat der Verfasser bereits früher in den *„Annales“* (1904, S. 977) veröffentlicht; nur war der Sitz sämtlicher Störungen damals auf der rechten Körperhälfte. Der Patient, von dem diese Arbeit handelt, ist ein mohamedanischer Bettler aus Konstantinopel, 45 Jahr alt, verheiratet; aus der Ehe stammte ein Kind, das im Alter von 12 Jahren starb, aber keinerlei Miſsbildungen zeigte. Der Patient, der, wie die meisten Neurofibromatiker, geistig sehr beschränkt ist, gibt an, mit allen seinen Miſsbildungen zur Welt gekommen zu sein, und der Verfasser setzt dieser Angabe kaum einen Zweifel entgegen, denn, so ist sein Gedankengang, der Lockerung der linken Ohrmuschel liegt der gleiche krankhafte Vorgang zugrunde wie der meistens angeborenen Neurofibromatose. Er schlieſst sich in seinen weitern Ausführungen der Theorie Feindels an, wonach die Recklinghausensche Krankheit Folge ist einer Erkrankung des Ektoderms, einer sehr frühzeitigen Miſsbildung einiger seiner Elemente. Dieser Prozeſs kann die Bildung richtiger Keratome nach sich ziehen. Durch diese Annahme lieſse sich das gleichzeitige Vorkommen von Neubildungen in der Haut und den Nerven sehr wohl erklären.

Unter welchen Bedingungen darf man dem Syphilitiker die Ehe gestatten? Eine Umfrage, von A. Civatte. C. hat obige Umfrage an die hervorragenden Syphilidologen Europas und Amerikas gerichtet und gibt deren Antworten im Auszug wieder. In einer zusammenfassenden Schlufsbesprechung hebt er hervor, dafs nur Mibelli und Pospelow ein unbedingtes, bezw. bedingtes Nein bereit haben, alle übrigen Autoren aber zur Milde neigen und die Ehe gestatten, vorausgesetzt, dafs innerhalb einer bestimmten Zeit (hier schwanken die Zahlen zwischen zwei bis zehn Jahren) die Syphilis keine Symptome gemacht habe und dafs energisch behandelt worden sei. Behandelt mit Quecksilber! Auf Jodkalium wird weniger Wert gelegt. Über die Art der besten Anwendungsweise des Hg weichen die Ansichten natürlich auseinander. Alle bis auf Watraszewski stimmen auch in dem Punkt überein, dafs der Ehe eine letzte Behandlung mit Quecksilber voraufgehen müsse. — Die Arbeit berührt noch viele andere interessante Punkte und sei namentlich allen den Kollegen, die über Ehe oder Nichtehe eines Syphilitikers entscheiden sollen, empfohlen.

Die Kraurosis vulvae, von Georges Thibierge. Im grofsen und ganzen stimmen Ths. Erfahrungen über die Kraurosis vulvae mit denen von Breisky und der andern Autoren überein; ein von den übrigen anscheinend vernachlässigtes Symptom hebt er besonders hervor, es ist das glatte und glänzende Aussehen der Schleimhaut der Vulva in ihrer ganzen Ausdehnung. In diesem Aussehen erinnert die Schleimhaut an die Oberfläche der Leber, besonders der Gänseleber. Die Farbe ist gelb, mit einem leisen Hauch in Rosa, von zahlreichen Teleangiektasien oder kleinen Pigmentflecken unterbrochen. Aber niemals konnte Th. eine Verdickung der Epidermis oder weifsliche Flecke beobachten und den von Breisky und andern behaupteten Zusammenhang mit der Leukoplasie kann er nicht zugeben.

Er beschreibt auch einen präkraurosischen Zustand, bei dem es noch zu keiner Konstriktion der Vulva gekommen ist, sondern bei dem nur Atrophie und Glätte der Mucosis vulvae bestehen. Als Ursache der Kraurosis bezeichnet er das Aufhören der Tätigkeit der Ovarien, gleichviel ob dieses Aufhören physiologisch oder durch das Messer des Chirurgen bedingt ist. Er meint, dafs sich die Kraurosis bei allen Frauen nach der Menopause einstellt und hat bei einzelnen von ihnen ähnliche Veränderungen auch an andern Stellen (Glätte der Vaginalschleimhaut und der Schleimhaut des Gaumens, Trockenheit und Atrophie der äufsern Haut wahrgenommen. So wird ihm die Kraurosis vulvae zum örtlichen Ausdruck eines atrophischen Prozesses, der mit der Altersrückbildung alle Körperorgane befällt.

Unter 94 Frauen jeglichen Alters fand er die Kraurosis zwölfmal. — Der Arbeit sind 16 Beobachtungen beigegeben.

Ein Fall von Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation, von V. Burgsdorf. Die 5½jährige Valentine L. litt seit über zwei Jahren an einer Keratitis interstitialis des linken Auges. Das Leiden setzte ganz plötzlich ein, befiel eine zeitlang das ganze Auge, später hellte sich die Cornea zum gröfsten Teil von selber wieder auf und es blieb nur eine bandartige Trübung neben starker Lichtscheu zurück. Das Kind ist körperlich im ganzen wenig entwickelt. Nach einer Schmierkur heilte das Auge fast völlig aus, die Lichtscheu schwand gänzlich und das Kind gedieh körperlich zusehends. Verfasser konnte bei dem Vater der Patientin eine Syphilis hereditaria feststellen und bei ihm sowohl wie bei dem Kinde eine erworbene Lues ausschliefsen.

Eine Varietas riciformis des Miliar-Lupoids, von Ch. Audry. Als Varietas riciformis des miliaren Lupoids bezeichnet A. das Vorkommen ganz kleiner kugeliger Gebilde unter der Epidermis der Ohrmuschel bei einem jungen Menschen, der in seiner Kindheit auf Lungentuberkulose verdächtig gewesen war. Die hanfkorn- bis

stecknadelkopfgroßen harten Tumoren waren vor einigen Jahren zuerst an der linken Ohrmuschel aufgetreten, fanden sich bei der Untersuchung aber auch auf der rechten. Sie waren mit der Epidermis nicht verwachsen, schienen aber mit den übrigen Geweben Verbindungen einzugehen. Entzündungserscheinungen, Pigmentation usw. fehlten völlig, ebenso subjektive Symptome.

Der histologische Befund entsprach dem der meisten sogenannten Tuberkulide. KOCHsche Bazillen ließen sich mit Sicherheit nicht nachweisen.

Botriomykosis in der Falte der rechten Ohrmuschel, von E. BODIN. Nach einer kleinen Kratzwunde im Sulcus auriculo-temporalis des rechten Ohres bei einem jungen Menschen in ungefähr vier Wochen ein gestielter, haselnußgroßer Tumor entwickelt, der sich als ein Botriomykom erwies und mit der Schere abgetragen wurde.

Lupus papillomatosus des Oberschenkels, von L. M. PAUTRIER und FAGE. Das Bemerkenswerte an diesem Lupus war, daß er unter dem Bilde einfacher Geschwüre auftrat und daß man erst nach zwei Jahren seinen wahren Charakter erkannte; durch gründliches Auskratzen kam er dann bald zur Heilung.

Türkheim-Hamburg.

Annales de Therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band VII, Nr. 22.

Die Behandlung der cutanen Epitheliome mittels der neueren Methoden, von H. LEBON-Paris. (Fortsetzung.) Für die Cancroide des Gesichts ist der hochfrequente Strom das vorzüglichste therapeutische Hilfsmittel. L. schildert an der Hand von schematisierten Abbildungen die Einrichtung des Apparates nach D'ARSONVALschen Angaben mit dem OUDINschen Resonator für diese Funkenbehandlung. Die Dauer der Applikation des Funkenbüschels auf den Tumor ist je nach der Stärke der zur Verwendung stehenden Apparate etwas variabel, beträgt aber für gewöhnlich nicht mehr als eine halbe Minute. Bei größerer Empfindlichkeit kann man die Funken durch entsprechende Einstellung des Apparates verkleinern, bis der betroffene Teil ziemlich anästhetisch geworden ist. Gelegentlich tritt eine geringe Blutung ein, welche aber bei weiterer Bearbeitung aufhört. Bei kleineren Tumoren genügt in der Regel eine einzige Sitzung. Unter einem Verbande mit Watte und Kollodium heilt die Geschwulst unter Schorfbildung in zwei bis drei Wochen ab. Größere Geschwülste von mehr als 1 cm^2 erfordern eine Wiederholung des Verfahrens. Auch warzige Wucherungen werden prompt auf diese Weise beseitigt.

Band VII, Nr. 23.

Die Behandlung der cutanen Epitheliome mittels der neueren Methoden, von H. LEBON-Paris. (Schluß.) Elektrolyse. Mit der elektrolytischen Behandlung von Epitheliomen am Gesicht haben LEDUC und auch JONES günstige Resultate erzielt, doch sind die Beobachtungen entschieden zu spärlich, um irgendwelche bestimmten Schlüsse daraus zu ziehen. Man verwendet meist eine 1%ige Lösung von Zinkchlorid oder auch Zinksulfat. Die Elektrode (wenigstens der positive Pol) soll womöglich aus dem in der Lösung enthaltenen Metall (Zink) bestehen und der Größe der Geschwulst angepaßt sein. Der negative, indifferente Pol soll recht groß sein und kann natürlich beliebig aufgesetzt werden. Es empfiehlt sich, etwaige Borken vor der Applikation des Stromes zu entfernen. Dieser genügt schon in einer Stärke von 2 MA bei etwa ¼stündiger Dauer, doch kann man bis zu 8 MA ohne Nachteil steigern unter entsprechender Zeitverminderung. Oft reicht eine einzige Sitzung aus,

um Heilung zu erzielen. Verfasser erläutert hierbei den chemisch-physikalischen Prozefs der Elektrolyse in seinen Hauptzügen.

Band VII, Nr. 24.

Die ärztliche Überwachung der heimlichen Prostitution in Paris in den Jahren 1905 und 1906, von L. Butte-Paris. In diesen zwei Jahren betrug die Zahl der arretierten nicht-inskribierten Prostituierten zu Paris das eine Mal 2199, im anderen Jahr 1886. Die Untersuchung ergab, dafs von ihnen je 19,9 resp. 22,4 von 100 syphilitisch infiziert waren. Rechnet man die sonstigen venerischen Erkrankungen hinzu, so ergibt sich, dafs 40,4% resp. (1906) 46,6% von diesen Personen eine Infektionsgefahr bildeten. Verfasser bemerkt, dafs nach der Agitation der Abolitionisten die Polizei wenig geneigt ist, Arretierungen vorzunehmen aus Furcht vor etwaigen Irrtümern und vor Konflikten. Somit verbreiten diese jugendlichen Infizierten ohne eine im entferntesten genügende Kontrolle die venerischen Erkrankungen in ausgedehntestem Mafse.

Band VIII, Nr. 1.

Eine einfache Behandlung gewisser Dermatosen und Schönheitsfehler des Gesichts, von L. Jacquet-Paris. J. berichtet hier über zwei junge Mädchen, bei denen er als Ursache von Dermatosen des Gesichts eine Störung der gastro-intestinalen Funktionen infolge von überhastigem Essen konstatiert. In dem einen Falle handelte es sich um intensive, nekrotisierende Akne, in dem anderen um eine entstellende Hyperämie (Klatschrosengesicht) mit fettiger Absonderung und lebhaftem Schwitzen, was sowohl nach jeder Mahlzeit als auch bei jeder Gemütserregung eintrat. Regelung der Diät, zeitweilige Durchführung einer reinen Milchkost, genügte bei dem zweiten Fall. Die Akne wurde aufserdem mit Massage behandelt. Diese führt J. in einfacher Weise aus durch anfangs gelindes, später kräftigstes Drücken teils der ganzen Weichteile des Gesichts, teils der Haut allein. (Petaissage.) Sonstige Manipulationen sind überflüssig.

Band VIII, Nr. 2.

Enthält keine Originalien.

Band VIII, Nr. 3.

Die Behandlung der Syphilis mittels Atoxyls, von Duhot. Die Erfahrungen, welche D. bei der Behandlung von einigen 50 Kranken mit diesem Mittel gesammelt hat, resümiert er dahin, dafs es zwar ein nützliches Hilfsmittel ist, aber keineswegs einen vollgiltigen Ersatz für Hg bietet. Unter allen seinen Fällen sind nur vier rezidivfrei geblieben, trotzdem er reichliche Dosen verabreichte und in der Regel täglich 0,5 g während einer Periode von 10—20 Tagen injizierte. Unangenehme Nebenwirkungen hat er, abgesehen von nicht sehr erheblichen Gastralgien bei zwei Fällen, nicht zu beklagen gehabt. Die spezialistisch ausgeführte Kontrolle der Augen ergab ein durchaus negatives Resultat. Auffallend ist die Schnelligkeit in der Wirkung des Mittels; aber zur Erzielung einer definitiven Heilung ist das Oleum griseum noch immer unübertroffen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bücherbesprechungen.

Röntgenkalender. Begründet und herausgegeben von Prof. Dr. med. Ernst Sommer. (O. Nemnich, Leipzig 1907.) Einem in letzter Zeit immer dringender gewordenen Bedürfnis auf dem Gebiete der Röntgenliteratur ist durch die vorliegende

Ausgabe des Röntgenkalenders in durchaus befriedigender Weise Abhilfe geschaffen. Bürgen schon die Namen des Herausgebers und seiner Mitarbeiter, unter denen sich ein Dessauer, Holzknecht, Krzysztalowicz und Wiesenek befinden, für die Güte des Gebotenen, so ist man dennoch überrascht, wie reichhaltig trotz des engen Rahmens eines Taschenkalenders der Inhalt des Werkes ist und wie alle sowohl für den Röntgendiagnostiker wie -Therapeuten wichtigen Fragen erörtert werden. In knapper und dennoch genügender Weise wird nach einer geschichtlichen Einleitung im technisch-diagnostischen Teil das gesamte Instrumentarium nebst Hilfsapparaten und der fachgemäfse Gebrauch für den Röntgendiagnostiker besprochen. Der zweite Teil handelt von therapeutischen Mafsnahmen, während im Anhang noch Winke für die Anschaffung einer Röntgeneinrichtung, über die Behandlung des Röntgenulcus und last not least über forensische Fragen Platz finden.

Die Anschaffung des Kalenders kann, zumal der Preis ein minimaler ist, jedem, der sich mit Röntgenverfahren beschäftigt oder zu beschäftigen gedenkt, durchaus empfohlen werden. *Hensel-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Historischer Rückblick über die Entwicklung der urologischen Diagnostik, von A. v. Frisch-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Bei der Eröffnung des ersten Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Wien am 2. Oktober 1907 hielt v. F. eine Rede, in welcher er einen Rückblick auf die Entwicklung der urologischen Diagnostik von Hippokrates bis zur Jetztzeit warf. Die wirklich treffliche und von grofsem Wissen zeigende Rede zu referieren wäre eine unschöne Zerstückelung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Störungen der Sexualfunktionen, von A. Kühner-Koburg. (*Berliner Klinik.* 1907, Heft 227.) Wenngleich die Krankheitstypen als Folgen sexueller Ausschreitungen und Verirrungen ungemein verschieden, diese Folgen oft sehr übertrieben worden sind, so lassen sich doch gewisse ständige Krankheitstypen unterscheiden. Zu diesen gehört zuerst die sexuelle Hypochondrie und die sexuelle Neurasthenie, die in drei allmählich ineinander überfliefsende Stadien zerfällt: 1. Das Stadium der genitolokalen Neurose, bestehend in gehäuften nächtlichen Pollutionen und Ejaculatio praecox beim Coitus. 2. Das Stadium der Lendenmarksneurose, sich zeigend in Neuralgien des Plexus lumbo-sacralis, Tages- und Nachtpollutionen, Abnahme der Potenz. 3. Das Stadium der allgemeinen Neurasthenie, in welchem cerebral-spinale Symptome, Neuralgien interner Organe, wie kardiale Neurasthenie, gastrische Störungen nervöser Art, Spermatorrhoen usw. in bunten Bildern miteinander abwechseln und verbunden sind. Eine weitere Störung ist die Impotenz, in bezug auf Dauer und Grad unterscheidet man eine absolute, relative und temporäre, ferner eine nervöse und psychische. Was die Behandlung der Störungen des Sexuallebens betrifft, so empfiehlt sich prophylaktisch Abhärtung, Hydrotherapie, Verhütung der Onanie usw., ferner eine physikalische Behandlung der Impotenz, besonders Aero-, Hydro- und Thermaltherapie durch Luftbäder, Lichtbäder, Wasserkuren usw. Massage und Gymnastik, Schwimmen und

Bergsteigen haben oft gute Erfolge, ebenso eine mechanische Behandlung der Impotenz, während die medikamentöse Behandlung nur eine sekundäre Rolle spielt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der Automonosexualismus, von Hermann Rohleder-Leipzig. (*Berliner Klinik*, März 1907, Heft 225.) Unter Automonosexualismus versteht man den Trieb, der auf sich selbst, und zwar auf sich selbst einzig und allein gerichtet ist. Diese sexuelle Anomalie ist außerordentlich selten und ist es daher dankenswert, daſs Rohleder uns zwei einwandsfreie Fälle ausführlich beschreibt, und zwar bei männlichen Individuen. Bei dem einen war es der höchste Genuſs, seinen Körper im Spiegel zu betrachten, wobei er dann sexuelle Empfindungen hatte. Im übrigen ist das psychische Verhalten des Patienten eine derartiges, daſs er sich absolut nicht krankhaft fühlt in seinem Sexualleben, wohl eben, weil er nie eine andere Triebrichtung kennen gelernt hat. Auch bei dem anderen Patienten ist der eigene Körper allein das sexuell erregende Moment. Ein solcher Zustand läſst sich auf verschiedene Art erklären: 1. dadurch, daſs man annimmt, daſs solchen Menschen die Fähigkeit, auf die Reize irgendeines Menschen zu reagieren, nicht angeboren ist; 2. daſs jegliche angeborene Disposition des Geschlechtstriebes für irgendein Individuum fehlt oder daſs vielleicht eine alterosexuelle, sei es hetero- oder homosexuelle eingeborene Disposition da gewesen ist, durch irgendwelche unerklärliche, unerforschte Beeinflussung auch für den Patienten unbewuſst und unmerkbar verschwunden ist, oder 3. daſs im sexuellen Zentrum im Hirn ein Mangel, ein angeborener Defekt besteht. Das Zurückstrahlen des Sexualtriebes auf das Individuum selbst ist pathologisch, hierin muſs ein degenerativer Prozeſs erblickt werden und zwar ein viel schwererer als bei der Homosexualität. Den Automonosexualismus als irgendwelche Hemmungsbildung der bisexuellen Anlage zu erklären, ist unrichtig. Am einfachsten nimmt man wohl an, daſs hier ein psychischer, eingeborener Defekt im psychosexuellen Zentrum der Hinrinde oder wenigstens eine psychische Abnormität desselben vorliegt, so daſs der Geschlechtstrieb auf jeden Fall diese Richtung eingeschlagen hätte. Man könnte analog der Hirschfeldschen Annahme des Homosexualismus als Varietät des Geschlechtstriebes auch hier von einer solchen sprechen, nur müſste man nach Vorhergehendem diese Varietät als auf jeden Fall pathologisch, als pervers betrachten, aber nicht bloſs als pervers-krankhaft im Sinne Krafft-Ebings, weil er dem Zweck der Natur, der Fortpflanzung widerspricht, das Krankhafte ist in der Triebrichtung auf das Individuum selbst, und zwar ganz allein begründet.

Die Prognose und Therapie solcher Fälle ist natürlich schlecht, die Suggestionstherapie, um den homosexuellen Trieb in einen heterosexuellen umzuwandeln, hat keine Erfolge.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Diagnose der Urogenitaltuberkulose, von Rolly-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 31.) Nach Versuchen von R. läſst sich zurzeit eine Differenzierung des Smegmabacillus vom Tuberkelbacillus weder durch das tinktorelle noch durch Kulturverfahren bewerkstelligen. Das ist für die Diagnose wie für die Therapie um so beachtenswerter, als es ihm gelang, bei 24 Frauen 21 mal und bei 6 Männern 5 mal tinktorell Smegmabazillen festzustellen; bei Kindern ist die Verhältniszahl ähnlich; natürlich war in allen diesen Fällen eine tuberkulöse Erkrankung ausgeschlossen. In einer zweiten Versuchsreihe wurde der Harn unter allen Kautelen direkt aus der Blase entnommen. Auch hier konnte er bei sieben Untersuchungen einmal Smegmabazillen nachweisen. Er kommt zu dem Schluſs, daſs die Differentialdiagnose nur durch den Tierversuch zu stellen ist. Zur Beschleunigung der Feststellung des Resultates schlägt er vor, stets mehrere Tiere zugleich teils subcutan, teils intraperitoneal mit dem verdächtigen Material zu impfen. Durch dieses Vorgehen

ist die Möglichkeit gegeben, eventuell ein unter verdächtigen Erscheinungen erkranktes Tier schon frühzeitig zu opfern und die Diagnose schon nach Ablauf einer Woche zu stellen, ohne Gefahr für das endgültige Resultat. *Carl Schramm-Dortmund.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Evakuationscystoskop mit auswechselbaren äufseren Röhren beliebigen Kalibers, von A. Freudenberg. (*Folia urol.* Bd. I, Nr. 3.) Das neue Evakuationscystoskop gestattet, verschiedene Katheter beliebigen Kalibers immer mit derselben Optik zu armieren. Auf diese Weise kann man stets für die Evakuation den dicksten Katheter wählen, der gerade noch durch die betreffende Harnröhre passiert. Das Instrument kann zugleich ohne äufseres Rohr als einfaches Nitzesches Cystoskop, und mit den dünneren äufseren Röhren armiert als Cystoskop nach Lohnstein-Güterbockschem Prinzip mit Vorteil Verwendung finden. (These.)

Arthur Schucht-Danzig.

Beitrag zur Cystoskopie mit direkter Besichtigung, von André Hony. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 435.) *Fritz Loeb-München.*

Die Cystoskopie bei Urogenitaltuberkulose, von Henri Poisson. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 466.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Leukoplakie der Schleimhaut der Harnwege, von Sante Solieri (*Il Policlinico.* 1907. Nr. 10.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle dieser Art. Die Affektion mufs von den anderen Arten von Cystitis und Pyelitis scharf unterschieden werden. Die Symptomatologie war bei beiden Patienten folgende: Schmerzen im Hypogastrium, Harnbrennen, Polyurie, Polakiurie, intermittierende Hämaturie, wobei es ferner bei dem einen der Patienten zu Inkrustationen von Harnsalzen in der Blasenwandung gekommen war. Die Prognose ist günstig, solange der Prozefs umschrieben bleibt, wird aber sehr schwer, wenn er sich über gröfsere Bezirke der Harnwege ausdehnt. Von einzelnen Autoren ist hervorgehoben worden, dafs sich die Leukoplakie in Epitheliom umgestalten kann. Bei der Diagnose leistet das Cystoskop vortreffliche Dienste. Die Behandlung ist eine operative und besteht in der Abtragung der erkrankten Partien (partielle Nephrektomie, resp. Cystektomie). Die beiden Patienten des Verfassers können als definitiv geheilt betrachtet werden, nachdem es bei dem einen zu einem Rezidiv gekommen war. *C. Müller-Nyon.*

Über die Behandlung der Incontinentia urinae beim Kind mit Atropinum sulfuricum, von Daniel Naud. (*Thèse de Paris.* 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Frage der Enuresis nocturna im Kindesalter, von Eugen Neter-Mannheim. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 39.) Verfasser weist auf die Fälle der Enuresis nocturna hin, welche als Folge besonderer Veränderungen des Urins zu betrachten sind. Die häufigste und wohl wichtigste Harnveränderung sei hier die stark saure oder stark alkalische Reaktion des Urins. Die Therapie hat sich in solchen Fällen nach dem objektiven Urinbefund zu richten. Da, wo wir eine alkalische Reaktion nachweisen können, mufs unser Bestreben sein, die Alkalinität auszugleichen; neben Änderung der Diät empfiehlt sich nach Barlow die Darreichung von Borsäure. In den Fällen mit Superacidität geben wir Kalium citricum oder Natrium phosphoricum resp. bicarbonicum; zweckmäfsig wird es ferner sein, die Ernährung im Sinne einer Verminderung der Harnsäureausscheidung zu gestalten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein neuer Katheter und Cystoskopsterilisator, von A. Weiss-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 24.) Enthält die Beschreibung eines zehnten, diesmal vom Verfasser konstruierten Sterilisators. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über Phimose im Kindesalter, von G. Rheiner-St. Gallen. (*Corresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte.* 1907. Nr. 23.) Der Verfasser ist überzeugt, dafs die Hälfte aller im Säuglingsalter vorgenommenen Phimosenoperationen unnötig gemacht wird. Das Praeputium ist in den ersten Lebensmonaten normalerweise etwas eng; allmählich schafft sich die wachsende Glans von selbst mehr Platz. Meist macht diese physiologische Phimose keinerlei Beschwerden, sie kann aber sekundär zu Reizerscheinungen führen, indem das sich mühsam seines nach aufsen drängenden Harns entleerende, sich eventuell gelegentlich hierbei erigierende kindliche Glied kleine Einrisse in die zarte, gezerrte Vorhaut veranlafst. Oft aber ist die Phimose nicht Ursache, sondern Folge von Entzündungen durch Smegma oder Konkremente im Vorhautsack. Ebenso können viele Erscheinungen, welche man gern als Folgeerscheinungen der Phimose zu betrachten gewohnt ist; Cystitis, Nabelhernie, Rectumprolaps die primäre Veranlassung der Verengerung sein; eine Enuresis, besonders in Verbindung mit dyspeptischen Beschwerden oder auffallendem Hunger- und Durstgefühl, Mattigkeit, Abmagerung, konvulsivischen Zuständen, Herpes progenitalis, soll an die Möglichkeit vorliegenden Diabetes mellitus erinnern und nicht ohne weiteres eine Phimosisoperation indizieren. *Schourp-Danzig.*

Weitere Mitteilungen über die Ätiologie und Klinik der Balanitis erosiva circinata und Balanitis gangraenosa, von R. Müller und G. Scherber-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 21.) In einer früheren Arbeit, die 50 Fälle von Balanitis circinata erosiva und 10 Fälle von Balanitis gangraenosa umfafste, zeigten Verfasser, dafs sie bei allen Fällen stets dieselben Mikroorganismen gefunden hatten und dafs sie daher die beiden Krankheiten für ätiologisch identisch hielten. Weitere 40 Fälle zeigten nun in ihren Deckglasbefunden das gleiche Verhalten, der Befund ist ein so konstanter und charakteristischer, dafs man aus ihm allein auf einen nekrotisierenden oberflächlichen oder tiefergreifenden Prozefs im Vorhautsack schliefsen kann. Einzelne, besonders interessante Fälle werden ausgeführt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die chirurgische Behandlung der Hypospadie. Über die autoplastische Methode von Siraud, von Dantcho-Christoff Maneff. (*Thèse [Univ.] de Lion.* 1906. Nr. 23.) *Fritz Loeb-München.*

Eine neue Operation bei Hypospadie am penilen Teil der Urethra, von R. T. H. Bucknall-London. (*Lancet.* 28. Sept. 1907.) Das Wesentliche bei diesem Verfahren ist, kurz gesagt, die Bildung eines Kanals an der unteren Fläche des Penis, indem dieser sozusagen mit einem schmalen Streifen in der Mitte seiner ganzen Länge dem Scrotum angenäht wird. Der Streifen wird rechts und links von der Mittellinie in passender Ausdehnung frei präpariert, bleibt aber mit seinem Mittelstück, das die Harnröhrenöffnung umfafst, im Zusammenhang mit dem Gliede. Dieses Stück bildet das Dach des Kanals; der Boden wird von einem entsprechenden, ebenso frei präparierten Stück der Raphe und ihrer Umgebung gebildet. Erst nachdem die Verwachsung beendet ist, wird der Penis durch Ablösung des verwendeten Teils der Skrotalhaut wieder freigemacht und der Defekt am Scrotum plastisch geschlossen. Unbedingt nötig ist diese zweite Operation für die Harnentleerung nicht. Da die verwendeten Lappen zu keiner Zeit ganz aus dem Zusammenhang mit ihrer Unterlage losgetrennt werden, ist das Anheilen viel besser gewährleistet, und die Resultate sind, wie Verfasser an drei Fällen zeigt, sehr befriedigend. Ohne die beigefügten Abbildungen ist es schwer, den Gang der Operation deutlich klar zu machen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Deformitäten des Penis infolge von Syphilis, Blennorrhoea und anderen Ursachen, von Robert W. Taylor-New York. (*New York med. Journ.* 8. Juni 1907.)

Indurierendes Ödem wird bei keiner anderen Krankheit als bei Syphilis beobachtet; es kommt im primären und sekundären Stadium derselben vor, und verursacht zuweilen Distorsion des Organs und gestörte Funktion, Erscheinungen, die auch im Tertiärstadium, aber infolge von Ulceration und infiltrativen Veränderungen sich einstellen können. Die Dauer des indurierenden Ödems hängt fast völlig von der Wirksamkeit der Behandlung und deren frühem Beginn ab; nicht behandelt kann es Monate und Jahre währen, spontane Involution ist selten. Die Folgen langdauernden Ödems sind manchmal Phimosis, Balanoposthitis und Paraphimosis. Die tertiäre Syphilis verursacht zuweilen einen Zustand, welcher mit Pseudoelephantiasis bezeichnet wird. Was nun die hauptsächlich vom Verfasser in Betracht gezogene Affektion, die Elephantiasis, betrifft, so kam er bei seinen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Filaria ist selten, wenn überhaupt, der einzige pathogenetische Grund für die Elephantiasis der Geschlechtsorgane des Mannes in nichttropischen Ländern. 2. In tropischen Ländern sind aller Wahrscheinlichkeit nach verschiedene Umstände beteiligt, indem die prädisponierenden Faktoren Unsauberkeit und mangelhafte hygienische Verhältnisse und die direkt erregenden alte unbehandelte Syphilis und Blennorrhoe sind. 3. Blennorrhoeische Infektion der Harnröhre kann ein früher Faktor der Entzündung gewesen sein, aber die eigentliche Verschlimmerung der Krankheit rührt vom Streptococcus, welcher in allen Ländern die pathogenetische Ursache zu bilden scheint, her. 4. Kongenitale Anomalien der Lymphgefäfse können vielleicht bei der Bildung der Ektasien eine Rolle spielen. Im weiteren Verlaufe seiner Arbeit, die mit zahlreichen Illustrationen über das makroskopische und mikroskopische Bild der Elephantiasis versehen ist, bespricht T. einige Fälle, wo der Ursprung derselben auf ein Trauma zurückzuführen war (Elephantiasis traumatica), sei es, dafs es sich um stumpfe Verletzung oder Wunden in Urethra und Penis gehandelt hat, ferner Fälle von Elephantiasis, welche auf Totalexstirpation der Leistendrüsen gefolgt waren; F. warnt daher vor letzterer Operation und empfiehlt warm Injektionen von Jodoformum petrolatum in bezüglichen Fällen. Die pathologisch-anatomische Beschreibung der verschiedenen Formen von Elephantiasis bildet das Schlufskapitel der interessanten Arbeit. *Stern-München.*

Leukämischer Priapismus mit nervöser Pathogenese, von W. Knust-Bromberg. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 45.) Beschreibung eines Falles von myeloider Leukämie mit Priapismus bei einem 33jährigen Schuldiener. Die Therapie beschränkte sich in den ersten Tagen auf Sitzbäder, die einige Linderung brachten, und auf Narkotika, die ohne jeden Erfolg blieben. Epiduralinjektionen nach Strauss-Cathelin batten nur vorübergehende Schmerzlinderung mit teilweiser Abschwellung des Penis zur Folge. Im weiteren Verlaufe zeigte es sich, dafs beim Anheben des Milztumors von der zwölften Rippe aus nach 15—30 Sekunden eine wesentliche Erleichterung der subjektiven Beschwerden eintritt, die bei Wiederherstellung des Druckes bald wieder beginnen. Es wurde nun die Milz durch einen Druckverband gestützt, wodurch unter dauernder Kokainisierung von Tag zu Tag zunehmende Abschwellung des Penis erzielt werden konnte. Gleichzeitig besserte sich wesentlich das Allgemeinbefinden unter Atoxyl-Röntgenbehandlung. — Lokale Ursachen in Harnröhre und Blase schliefst Verfasser in seinem Falle aus; zweifelhaft erscheint ihm auch die Annahme einer Thrombosierung der Schwellkörper als Ursache. Dagegen macht die Beteiligung des nervösen Apparates eine andere Erklärung plausibler. Es war nämlich die Analgegend, das Scrotum und der Penis mit Ausnahme der Glans und des Präputiums hyperästhetisch, was auf eine Reizung des dritten und fünften Sakralsegmentes hindeutet. Es waren der Sphincter ani, der Musculus perinei profundus gereizt, die gleichfalls mit den unteren Sakralsegmenten in Verbindung stehen. Endlich bestanden

Störungen sympathischer Nerven des Beckens und der Füſse. Verfasser nimmt nun an, daſs der Milztumor den Grenzstrang geschädigt hat und daſs von dieser Läsion ein vasomotorischer Priapismus entstanden ist.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Beobachtungen im Sudan, von L. Bousfield. (*Lancet.* 14. Sept. 1907.) Bei drei Eingeborenen hat B. eine eigentümliche Art von langsam fortschreitendem, äuſserst refraktärem Ulcus des Penis beobachtet. Die Ätiologie desselben erscheint dunkel; von Phagedaena war die Affektion deutlich verschieden; syphilitische Manifestationen fehlten; allgemeine Kachexie konnte in keinem Falle als Ursache herangezogen werden. Die beobachteten Geschwüre waren mindestens markstückgroſs, ohne Sphacelus, schmerzlos und nur zeitweilig eitrig. Der Zerstörungsprozeſs breitet sich in manchen Fällen bis zur vollständigen Vernichtung des Penis aus. Verfasser wandte verschiedene antiseptische Mittel ohne Erfolg an. Heilung erfolgte schlieſslich, bei dem einen Fall wenigstens, durch Auflegen von Tupfern, welche mit altem Terpentinöl getränkt waren, in relativ sehr kurzer Zeit. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein neues Penis-Verbandsuspensorium, von Dietrich Amende-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 36.) Das Verbandsuspensorium besteht aus dem Suspensoriumsack, an dessen inneren, gegen den Patienten gerichteten Fläche sich die zur Aufnahme des Penis bestimmte aufklappbare Tasche befindet, dem Hüftgürtel, den Schenkelbändern und dem Leibgürtel mit den Suspensionsbändern; es ist leicht anzulegen und ermöglicht es, neben der Suspension trockene oder feuchte, kühlende oder impermeable Verbände von beliebigem Umfange anzulegen, ohne daſs der Penis im geringsten gedrückt wird. (Preis? Der Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Betrachtungen über die Endoskopie der Harnröhre, von H. Goldschmidt-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Nov. 1907.) Die Harnröhrenendoskopie hat sich bisher nicht sehr viele Freunde erworben, ihr anerkannter Wert beschränkt sich fast allein auf die Diagnose und Behandlung postblennorrhoischer Veränderungen in dem vorderen Teil der Harnröhre, während nur wenige Ärzte den hinteren Teil der Urethra endoskopisch behandeln. G. führt nun eine neue Methode ein, welche durch Wasserdruck die ganze Urethra gleichmäſsig entfaltet, während ihre Wände gewöhnlich eng aneinanderliegen. Das Instrument birgt die elektrische Lampe und gestattet gleichzeitig, die beleuchtete und erweiterte Harnröhre durch einen passenden optischen Apparat zu betrachten. Mit seinem Instrumente will Verfasser alles sehen können, z. B. alle Veränderungen des Samenhügels und der Schleimhäute; durch die Möglichkeit einer exakten Besichtigung des Grenzabschnittes zwischen Blase und Harnröhre hat man einen sicheren Einblick in die Ursache mancherlei dunkler Störungen bei der Harnentleerung, man sieht nicht nur den Sphinkter, sondern auch seine Funktion, ebenso die Altershypertrophie der Prostata, die Anfangsstadien strikturierender Prozesse usw. Mit dem Instrument kann man auch therapeutisch Pinselungen und Einträufelungen machen, Granulationen und Wucherungen lassen sich mit einer kleinen Curette entfernen, vor allem aber sind galvanokaustische Eingriffe möglich. sowohl zur Zerstörung von Polypen und zur Verödung von entzündeten Drüsengängen, als auch zur Inzision von Hindernissen der Urinentleerung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zur Klinik ausgebreiteterer papillärer Geschwülste der Harnröhre, von Karl Fluss-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Der bisher vorhandenen Literatur fügt Verfasser neues kasuistisches Material hinzu.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Todesfall infolge reflektorischer Anurie nach Harnröhrensondierung bei einem Manne mit hochgradigen Schrumpfnieren, von Hermann Bennecke-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 42) Ein 65jähriger Mann mit chronischer

scheinbar nicht arteriosklerotischer Schrumpfniere erkrankte an Cystitis, in deren Verlauf sich sehr bedrohliche, als chronische Urämie zu bezeichnende Erscheinungen einstellten. Wider alles Erwarten erholte sich der Patient. Inmitten der schon wochenlang anhaltenden Rekonvaleszenz entwickelte sich im Anschlufs an eine Harnröhrensondierung ein von vollständiger Anurie begleiteter Zustand, der als akute Urämie gedeutet werden mufste und innerhalb 30 Stunden zum Tode führte, ohne dafs es gelang, die Harn- und Schweifssekretion anzuregen. Bei der Sektion fand sich, abgesehen von hochgradigster Schrumpfung der Niere, keine wesentliche Veränderung der Harnorgane. Es mufs angenommen werden, dafs die Anurie reflektorisch durch mechanische Reizung einer Stelle der Harnröhre bei der vorgenommenen Sondierung ausgelöst wurde. Diese Stelle kann nur in der Gegend der Schliefsmuskeln der Blase gewesen sein, die sich, wie die Untersuchungen intra vitam erkennen liefsen, wahrscheinlich infolge nervöser Übererregbarkeit im Krampfzustande befanden.

Götz-München.

Über die kongenitalen Strikturen der Urethra, von Guillaume J. E. Lhept. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 126.) *Fritz Loeb-München.*

Behandlung der komplizierten Strikturen der Urethra beim Manne, von P. Bazy-Paris. (*Journ. d. pract.* 1907. Nr. 43.) B. teilt die Komplikationen bei Strikturen ein in anatomische und funktionelle.

1. Impermeable Strikturen soll man mit allen Formen von Sonden erst zu entrieren versuchen. Zuweilen unterstützt dabei die gefäfsverengernde Eigenschaft des Kokains und Adrenalins. Ein andermal ist als Ultimum refugium die Narkose von Vorteil. Die Lumbalanästhesie hat B. zu diesem Zweck noch nicht angewendet. Gelingt die Einführung eines Bougies, dann Urethrotomia interna. Sonst Urethrotomie mit Entfernung allen Narbengewebes.

2. Strikturen mit Infektion, lokaler oder allgemeiner. Zur Lokalinfektion gehört der periurethrale Harnabscefs und die Harninfiltration, eventuell der Prostataabscefs. In allen Fällen mufs breit inzidiert werden bis auf den Ausgangsherd, nachher Versorgung der Striktur. Bei Allgemeininfektion (Fieber, Verdauungsstörung usw.) ist dem infektiösen Material freier Abflufs zu verschaffen, mithin ist die Urethrotomia interna indiziert zur Drainage der Blase.

3. Strikturen mit akuter kompletter Retention. Die Ursache für die akute Retention ist immer eine akute Cystitis. Deshalb versuche man erst ein warmes Bad, Kataplasmen auf den Leib, Antipyrin-Morphinklistiere. Führt das nicht zum Ziele, dann Katheterismus, falls keine weiteren Komplikationen vorhanden sind. Gelingt dieser nicht, dann genügt zuweilen blofses Andrücken eines stärkeren Bougies, um den Spasmus der Blase zu lösen und die Entleerung einer kleineren oder gröfseren Menge Urins zu provozieren (cathéterisme appuyé).

4. Strikturen mit inkompletter Retention. Bei diesen genügt, falls keine allgemeine Infektion vorhanden ist, die allmähliche Dilatation, sonst Urethrotomia interna. Urethrotomia externa nur bei lokalen Komplikationen.

5. Strikturen mit Fistelbildungen. Bei frischen Fisteln genügt meist schon die blofse Dilatation; bei Fisteln nach periurethralem Abscefs entweder nachträgliche Dilatation, eventuell Urethrotomia interna. Bei Vorhandensein grofser zellöser Massen Urethrotomia externa bezw. Exzision des Callus. Dabei ist die Urethrotomia externa zu reservieren für Strikturen der Pars membranacea und perineoscrotalis. Bei der Urethrotomie mufs das gesamte indurierte Gewebe entfernt werden, da die Neubildung der Harnröhre mit besserem Resultat vor sich geht ohne Urethralgewebe als in callösen Massen. Der letzte Eingriff soll nur in fieberfreiem

Stadium gemacht werden. Harnabscesse, Infiltration usw. bilden eine Gegenindikation und müssen eventuell erst beseitigt werden. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über die Beeinflussung von Narbenstrikturen durch intravenöse Anwendung einer neuen Thiosinaminverbindung, von Ernst R. W. Frank-Berlin. (*Med. Woche.* Nr. 42/43.) An einer Reihe von Patienten zeigt Frank, daſs das von Mendel angegebene Fibrolysin als ein ganz auſserordentlich wertvolles Hilfsmittel bei der Behandlung von narbigen Verengerungen und Verzerrungen anzusehen ist, besonders bei schweren Harnröhrenstrikturen. Es bewährte sich auch in Fällen, in welchen die Härte einer bis zu einem gewissen geringen Grade dilatierten Striktur eine weitere Dehnung unmöglich erscheinen läſst, besonders wenn schwere Hämaturien und sekundäre Infektionen komplizierend hinzukommen. Stets muſs mit der Fibrolysinbehandlung Hand in Hand mechanisch vorgegangen werden. Durch Massage, Sondenbehandlung und dergleichen muſs das durch die Fibrolysin-Injektionen erreichte Narbengewebe der Resorption zugeführt werden. Am besten und schnellsten wirkt das Fibrolysin in Form der intramuskulären Injektionen; es hat sich als ein unschädliches Mittel ohne jede Nebenwirkung erwiesen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Fibrolysin, von H. Lang-Erfurt. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 48.) Ein zur Zeit der Behandlung 81 Jahre alter Herr hatte 53 Jahre zuvor durch einen Sturz eine Harnröhrenruptur akquiriert, welche zu narbiger Verengerung mit bretthartem Gewebe führte. Patient wurde deswegen wiederholt operiert und seit vielen Jahren regelmäſsig alle vier Wochen mit „Roser 8 bis 11" bougiert. Unter Verabreichung von 20 Einspritzungen von Fibrolysin in die Glutäen (je ein Röhrchen) gelang es im Laufe von sieben bis acht Wochen, die Harnröhre für „Roser 15" aufnahmefähig zu machen. Die Besserung hielt bei der letzten Untersuchung, 17 Wochen nach Beendigung der Kur, noch an. Bei einem zweiten Fall, eine postblennorrhoische Striktur betreffend, konnte nach zehn Einspritzungen die sonst nur sehr mühsam und mit Schmerzen zu bewerkstelligende Einführung von „Roser 15" spielend leicht bewirkt werden, und nach 14 Wochen war noch kein Rückfall vorhanden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Urethrotomia interna, von G. Livirghi. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1907. Nr. 11.) Eine ausführliche Beschreibung des Verfahrens, dessen Vorteile, wenn die Indikationen einmal gestellt, lebhaft gerühmt werden. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zum Studium der internen Urethrotome mit multiplexen Schnitten, von Charles Lefebvre. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 44.)

Fritz Loeb-München.

Beitrag zu subcutanen Verletzungen der Harnröhre, von Joseph Bogdanik. (*Tygodnik lekarski.* 1907. Nr. 28.) Kurze Beschreibung von vier Fällen subcutaner Verletzungen der Harnröhre ohne gröſsere Beschädigung anderer Organe. Alle vier Fälle haben Harnretention zur Folge gehabt. In drei Fällen konnte der Katheterismus nicht ausgeführt werden und Verfasser war gezwungen, eine externe Urethrotomie zu machen; einer darunter ist trotzdem infolge rasch eingetretener Harninfiltration und Sepsis zugrunde gegangen.

Verfasser warnt vor dem Katheterismus in Fällen, wo noch unzersetzter Harn, wenn auch mit Blutbeimischung, spontan entleert wird. Kommt es aber zur schmerzhaften Schwellung am Perineum, Schüttelfrost und Behinderung der Harnretention, so muſs der Versuch eines lege artis ausgeführten Katheterismus gemacht werden; miſslingt er, so könnte noch die Blasenpunktion vorgenommen werden. Bestehen aber weiter die bedrohlichen Symptome einer Sepsis fort, so muſs unbedingt die externe Urethrotomie ausgeführt werden. — Auch in Fällen, wo nach Heilung der

Harnröhrenverletzung Harnfisteln zurückbleiben, ist eine Urethrotomia externa mit Einführung eines Verweilkatheters bis zur Heilung der Fistel angezeigt.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Beitrag zur subcutanen Zerreifsung der Harnröhre, von Josef Bogdanik-Krakau. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 38.) Vier Krankheitsgeschichten in verschiedenen Stadien von subcutaner Harnröhrenzerreifsung, welche wegen der darauffolgenden Sepsis durch Harnröhreninfiltration stets eine schwere Erkrankung darstellt. Bei unbedeutenden Einrissen ist unter antiseptischen Kautelien ein Verweilkatheter einzulegen. Macht der Katheterismus Schwierigkeiten, so ist anzunehmen, dafs die Harnröhre im ganzen zerrissen ist. In diesem Falle sowie bei Bluthamen, zunehmender Dammschwellung und Harnverhaltung ist ungesäumt die Urethrotomia externa vom Damme vorzunehmen. Wo es irgend möglich ist, werden beide Enden der Harnröhre mittels Naht in Berührung gebracht. *Schourp-Danzig.*

Über eine neue Urethralplastik, von Christopoletti. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Bericht über zwei Fälle, welche bei totalem Defekte der Urethra und des Blasenhalses wieder kontinent gemacht wurden. In beiden Fällen handelte es sich um Collumcarcinom mit Metastasen in der Urethralgegend. Verfasser fand eine neue Urethralplastik, welche vollen Erfolg hatte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Lymphangitis gangraenosa scroti beim Säugling, von Emile Rousseau. (*Thèse de Lyon.* 1906. Nr. 103.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Differentialdiagnose der juvenilen Blasenstörungen (zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des spinalen Blasenzentrums), von L. v. Frankl-Hochwart-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1907. Nr. 43 und *Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 43.) Die mitgeteilten Fälle betrafen einen 17jährigen und einen 15jährigen Jungen. Bei beiden trat zur Zeit der geschlechtlichen Reife Dysurie mit Retention und paralytisches Harnträufeln auf. Als Ursache war zunächst kongenitale Klappenbildung anzusehen. Der Nervenbefund war in beiden Fällen negativ. Der eine Fall kam zur Autopsie. Die mikrokopische Untersuchung des Rückenmarks ergab Erweiterung des Zentralkanals, der im fünften Lumbalsegment verdoppelt erschien; weiter wurden Veränderungen des Sakralmarkes im Rahmen der axonalen Degeneration gefunden. Damit besteht die Möglichkeit einer circumskripten Polyomyelitis des Vesiko-Sexualzentrums.

Schourp-Danzig.

Erste Hilfeleistung bei Blasenblutung, von Paul Sauvan. (*Thèse de Montpellier.* 1905. Nr. 83.) *Fritz Loeb-München.*

Die Therapie der akuten und chronischen Cystitis sowie der Enteritis mit Helmitol, von H. Göbl. (*Ärztl. Centralztg.* 1907. Nr. 34.) Preist in etwas überschwenglichen Worten die Erfolge des Helmitols bei interner Anwendung im Verlauf obiger Erkrankungen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Bäderbehandlung bei Cystitis, von Guy Hunner-Baltimore. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 25.) Der Verfasser läfst Frauen mit postpuerperaler oder postoperativer Cystitis in einem Dauersitzbad täglich acht Stunden verweilen und gleichzeitig Irrigationen der Blase vornehmen. Unter der Badewanne angebrachte Bunsenbrenner sorgen für andauernd gleichmäfsige Erwärmung des Badewassers.

Schourp-Danzig.

Das Novaspirin, von J. Ruhemann-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 5.) Das Novaspirin gestattet, seiner langsam erfolgenden Spaltung entsprechend, eine gesteigerte Ausnutzung der Salicylsäure. Seine langsame Aufnahme schützt vor heftigen Schweifsausbrüchen und Ohrensausen. Verfasser konnte bei Cystitis und Pyelocystitis konstatieren, dafs das Novaspirin die Beschwerden schnell zum Verschwinden bringt und dafs die Eiterzellen sich schnell verminderten. *A. Straufs-Barmen.*

Die Behandlung der tuberkulösen Cystitis mit spezieller Beziehung zur Röntgentherapie, von JOHN M. GARRAT-Buffalo. (*New York med. Journ.* 5. Okt. 1907.) Verfasser berichtet über drei Fälle von tuberkulöser Cystitis, wo die Röntgenstrahlen, abwechselnd über Perineum und Schamgegend angewandt, erhebliche Besserung brachten. Allerdings wurden neben der Röntgentherapie innerliche Mittel (Salol, Benzosalol, Lebertran) und Spülungen angewandt, welche aber jahrelang vorher keinerlei Besserung erzielt hatten. Es wurde dreimal per Woche abwechselnd eine mittelstarke und eine hochgeladene Röhre im Abstand von acht Zoll gebraucht. Da die Erfolge bei der Röntgentherapie in hohem Maße von der Technik und dem richtigen Instrumentarium abhängen, so gibt G. einige genauere Details bezüglich der Stärke des Stromes, der Art der Röhren u. a. m., auf welche Einzelheiten hier nicht näher eingegangen werden kann. Die Diagnose der tuberkulösen Cystitis war in jedem Falle durch Sedimentierung des Urins und Befund von Tuberkelbazillen gestellt worden; die durch die Röntgentherapie (in 1½—2 Monaten) bewirkte Besserung zeigte sich in vermindertem Harndrang, geringerer Trübung des Urins, erhöhtem Körpergewicht usw. *Stern-München.*

Wochenbettcystitis, von EUGÈNE L. J. BAILLY. (*Thèse de Lille.* 1906. Nr. 37.) *Fritz Loeb-München.*

Die Influenzacystitis, von ALBARRAN. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 38.) Die Blasenkatarrhe, die im Verlaufe der Influenza vorkommen, sind ausgezeichnet durch das Auftreten von Schmerzen und durch vermehrten Harndrang; zuweilen stellt sich auch Hämaturie ein, die cystoskopische Untersuchung läßt in solchen Fällen kleine Ulcerationen auf der Blasenwand erkennen. Die Affektion heilt gewöhnlich spontan bei Bettruhe, in manchen Fällen müssen aber auch Blasenspülungen mit 1‰iger Höllensteinlösung gemacht werden. Zuweilen lokalisiert sich die Erkrankung am Blasenhals; dann sind Instillationen 2%iger Höllensteinlösung nötig. Schwere hämorrhagische, pseudomembranöse Blasenentzündungen kommen bei Influenzakranken zur Beobachtung, wenn Vesikatore appliziert worden sind; solche Cystitiden können zu Nephritis und sogar zum Tode führen. — Die Influenzacystitiden werden durch die verschiedensten Mikrobien hervorgerufen; nur der PFEIFFERsche Bacillus, der als der Erreger der Influenza galt, wurde niemals gefunden. Die Infektion der Blase erfolgt selten ascendierend, viel häufiger von den Nieren descendierend, manchmal auch, und zwar auf dem Blutwege, von infizierten Nachbarorganen, z. B. von einer eitrigen Salpingitis aus, indem septische Produkte von hier aus durch das Blut in die Blase getragen werden. *Götz-München.*

Über diffus inkrustierende Cystitis, von ROBERT LICHTENSTERN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Auf der Klinik ZUCKERKANDLs kamen in den letzten fünf Jahren zweimal Fälle vor, an denen primär entstandene und in großer Ausdehnung die Blase bedeckende Formen ulceröser Cystitis mit Inkrustationen sich zeigten. In beiden Fällen gelang es ZUCKERKANDL, durch ein radikales operatives Verfahren die Prozesse zu vollständiger, dauernder Heilung zu bringen. Charakteristisch war an beiden Fällen das plötzliche und stürmische Auftreten der Erkrankung. Auf Basis einer ganz latent und jahrelang mild auftretenden Cystitis entwickelt sich durch eine unbekannte Infektion das Krankheitsbild. • Ätiologisch für die primäre Cystitis ist im ersten Falle eine nach Blennorrhoe und Striktur aufgetretene Infektion der Blase. Im zweiten Falle kann die Einwanderung von Bakterien aus der Vulva in die Blase angenommen werden. Auf diesem wenig widerstandsfähigen Boden entwickeln sich rasch ausgebreitete destruktive Veränderungen. Die enorme Harnfrequenz, die quälenden Schmerzen sowie die profusen Hämaturien bringen die Kranken rasch zum Verfall, jede konservative Therapie erweist sich als

machtlos und kann den Prozeſs nicht hemmen. Die von Z. eingeschlagene Therapie konnte in beiden Fällen den Kranken Heilung bringen, und so erscheint es nicht unberechtigt, bei derartigen ausgebreiteten ulcerösen Prozessen mit Inkrustation die Exstirpation der erkrankten Stellen als Therapie der Wahl zu empfehlen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Chronische, sklerosierende Paracystitis; paravesikale Holzphlegmone, von Friedrich Necker-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Die chronischen Entzündungen des paravesikalen Bindegewebes sind ziemlich selten, sie werden zuweilen als Nebenbefunde bei schweren, chronischen interstitiellen Cystitiden und periurethralen Entzündungsprozessen gefunden, als selbständiges Krankheitsbild wurden sie bisher nicht beschrieben. Verfasser schildert einen Fall einer ausgedehnten, chronischen Paracystitis, der zahlreiche Eigenheiten des klinischen und pathologisch-anatomischen Befundes zeigt, die ihm eine isolierte Stellung in der Kasuistik sichern. Bei einem jungen Mann trat im Anschlusse an eine wegen Blasenstein ausgeführte Sectio mediana eine chronische Prostatitis auf. Diese ist von einem eigenartigen Entzündungsprozesse gefolgt, der in einem Zeitraum von zwei Jahren bei intakter Blasenschleimhaut über das paravesikale Bindegewebe sich ausbreitet und zur Entwicklung derber, schwartenähnlicher, das kleine Becken fast gänzlich erfüllender und die geraden Bauchmuskeln durchsetzender Massen führt. Diese Paracystitis trotzte vier Wochen lang allen Mitteln. Ein operativer Eingriff, der in breiter Eröffnung und Exzision gröſserer Partien der harten, schwieligen Massen bestand, gab den Erfolg, daſs von nun ab ein weiteres Fortschreiten des Prozesses unterblieb und nach drei Monaten die letzten Infiltratreste resorbiert waren. Verfasser bezeichnet den Fall als „Holzphlegmone“. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Letale Verletzung der Blase während der Operation einer Cruralhernie, von W. H. Clayton-Greene-London. (*Lancet.* 23. Novbr. 1907.) Die Hernie hatte bereits 23 Jahre lang bestanden, und Patientin hatte etwa neun Monate zuvor eine Radikaloperation wegen eingetretener Einklemmung durchgemacht. Seit dieser Zeit hatte sie fortwährend ein Druckgefühl und zuweilen stechende Schmerzen in der Bruchgegend gehabt. Die letal verlaufene Operation bestand in der (durchaus nicht leicht zu bewerkstelligenden) Freilegung des Sackes, der dann torquiert und verschlossen wurde. Die im weiteren Verlauf eintretenden Erscheinungen lieſsen auf Blasenverletzung schlieſsen, aber eine weitere Operation wurde abgelehnt. Bei der Autopsie fand man eine nekrotische runde Stelle an der Blasenwand, die etwa 2 cm von dem Halse des Sackes entfernt lag. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Verletzung und ein Fall von Freilegung der Blase bei der Radikaloperation von Femoralhernien, von J. D. Malcolm-London. (*Lancet.* 2. Nov. 1907.) Daſs ein Teil der Blasenwand in den Bruchkanal einbezogen wird, kommt zwar nicht sehr häufig vor, bedingt aber, wenn (wie beim ersten der beiden hier geschilderten Fälle) der wahre Sachverhalt, vielleicht infolge abnormer Beschaffenheit, ungewöhlicher Blässe oder anderer Veränderungen an der Blase, nicht gleich erkannt wird, sehr besorgniserregende Komplikationen. Nach Moynihan soll in etwa 1 % der Hernien diese Beteiligung der Blase vorkommen. Unter 171 von ihm aus der Literatur zusammengestellten Fällen wurde 53 mal darüber berichtet, daſs die Blase verletzt und trotz sofortiger Behandlung eine Mortalität von 17 % veranlaſst wurde. Bei dem zweiten Fall war die Blasenwand mit dem Bruchsack verwachsen und man hatte vor der (erfolgreichen) Operation keine bestimmte Diagnose stellen können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Verletzung der Blase während der Operation wegen Cruralhernie, von E. Owen-London. (*Lancet.* 2. Nov. 1907.) Die sich bis ins Operationsfeld

vordrängende Blase wurde nicht als solche erkannt, und es wurde beim Zubinden des Bruchsackes ein kleiner Teil der Blasenwand mit abgeschnürt. Nach dem zweiten Tage p. o. erfolgten Tode fand man eine sehr grofse, schlaffe Blase mit einem unregelmäfsigen Rifs an der dem Cruralring zugekehrten Seite.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Blasenruptur; Operation 42 Stunden nach der Verletzung; Genesung, von P. H. Lang-Camperdown. (*Lancet.* 2. Nov. 1907.) Der Patient, ein 49jähriger Koch auf einer Farm in Australien, erlitt den Unfall durch einen Sturz vom Wagen. Trotzdem er es wegen intensiver Schmerzen nur in hockender Stellung aushalten konnte, verheimlichte er 28 Stunden lang seine Verletzung. Als endlich zur Operation geschritten werden konnte, fand man an der hinteren Wand der Blase einen drei Fnger breiten Einrifs. Die zeitweilig äufserst bedrohlichen Erscheinungen gingen schliefslich im Laufe von sechs Wochen in völlige Genesung über.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Traumatische intraperitoneale Ruptur der Blase, von A. P. C. Ashurst-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Juli 1906.) Im Anschlufs an einen detaillierten Bericht über einen günstig und einen anderen bei zu spät ausgeführter Laparotomie tötlich verlaufenen Fall, bespricht Verfasser die Ergebnisse der einschlägigen Literatur, aus welcher er 110 Fälle zusammengestellt hat. Als wichtigste Lehre für den Chirurgen ist daraus zu entnehmen, dafs die Aussichten auf Lebensrettung sich wesentlich verschlechtern, je später der Patient zur Operation kommt. Die Mortalität betrug bei den binnen acht Stunden nach der Verletzung operierten 33 %; bei einer Wartezeit bis zu zwölf Stunden 37% und nach Ablauf von zwölf Stunden 50 %. Betrunkenheit zur Zeit der Verletzung verschlechtert von vornherein die Prognose, teils wohl infolge der bei Potatoren häufigen Atonie der Blase, teils weil dabei ganz gewöhnlich die pathologischen Vorgänge sowohl subjektiv als objektiv weniger deutlich hervortreten, und dies naturgemäfs zu einer Verzögerung der Therapie führt. Eins der wichtigsten Symptome ist das von Rose als „blutige Anurie“ bezeichnete Verhalten. Indessen konstatiert Verfasser, dafs unter 86 Patienten, bei denen die Krankengeschichte darauf Bedacht nimmt, neun (d. h. 11 %) imstande waren, trotz erfolgten Einrisses der Blase spontan zu urinieren. Die Diagnose sollte aber nicht zu verfehlen sein, wenn die Anamnese einen deutlichen Hinweis liefert, die Einführung eines Katheters keinen Urin entleert oder nur ein geringes Quantum blutig tingierter Flüssigkeit, und die sonstigen Symptome mit der Annahme übereinstimmen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die hämorrhagischen Ulcerationen der Harnblase, von Albarran. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 31.) Ulcerationen der Harnblase verursachen häufig Hämorrhagien Sie gleichen darin wie in mancher anderen Beziehung den hämorrhagischen Ulcerationen der Magenschleimhaut; sie entstehen wie diese infolge von Intoxikationen, von Sublimatvergiftung, Alkoholismus, Verbrennungen, Pädatrophie, Urämie und infolge von Infektionskrankheiten wie Typhus, Influenza, Pyämie. Tiefgehende Geschwüre der Harnblase können wie Magengeschwüre perforieren. Blutende Ulcerationen der Blase kommen auch infolge von Traumen und Prostatahypertrophie vor; Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten können zu trophischen Geschwüren der Blasenschleimhaut führen. Eine der häufigsten Ursachen der Blasenulcerationen ist bekanntlich die Tuberkulose. Die Therapie besteht in Behandlung der Grundkrankheit und Verabreichung blutstillender Mittel (Calcium chloratum). Heilt dabei das Geschwür nicht aus, so ist, wenn die cystoskopische Untersuchung nur kleine und oberflächliche Veränderungen erkennen läfst, eine direkte Kauterisation am Platze, tiefgreifende Geschwüre müssen exzidiert werden.

Götz-München.

Ein Fall von Fremdkörper in der Urinblase des Weibes, von W. Hook-London. (*Lancet.* 6. Juli 1907.) Ein 22jähriges Mädchen hatte, angeblich um nicht durch die Notwendigkeit der Urinentleerung in ihrer Beschäftigung gestört zu werden, sich einen zollangen Flaschenkork in die Urethra eingeführt. Derselbe gelangte in die Blase, konnte aber in Narkose durch die ziemlich dilatierte Harnröhre digital entfernt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein komplizierter Fall von Blasensteinen, von H. B. Masten und Kent V. Kibbie-Fort Worth. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 18.) Bei einer 30jährigen Frau wurde wegen abdomineller Schmerzen von der Vagina aus röntgenographiert. Es fanden sich in der Blase, an einer Haarnadel sitzend, zwei Blasensteine. Über die Art, wie die Haarnadel in die Blase gekommen war, konnte die Patientin keine Auskunft geben. Durch Kolpocystotomie wurde die Blase eröffnet und die Steine mit der Nadel entfernt. *Schourp-Danzig.*

Über Komplikation von Blasenstein mit anderweitigen Steinbildungen im Harnsysteme, von Rudolf Paschkis-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Die Steinkrankheit der Blase ist entweder das Produkt einer örtlichen Veränderung oder einer allgemeinen Störung, oder es sind beide Momente am Zustandekommen beteiligt. So wird es begreiflich, daſs beim Hinzutreten sonstiger Erkrankungen im Gebiete der Harnwege mannigfache Kombinationen von Blasenstein, mit anderweitigen Steinbildungen zustande kommen können. Durch die Ausbildung der Untersuchungsmethoden (Röntgen) sind diese multiplen Steinbildungen in den Harnwegen zum Gegenstand richtiger, klinischer Erkennung geworden. Es ergeben sich daher mannigfache komplizierte Krankheitsbilder. Über eine Reihe derartiger Fälle berichtet Verfasser. Wir sehen darunter: 1. Freier Blasenstein und Divertikelblasenstein. 2. Blasenstein und Prostatastein. 3. Blasenstein und Uretherstein. 4. Blasenstein und Nierenstein. Das reiche Material stammt aus der Klinik Zuckerkandls.

Bernhard Schulze-Kiel.

Eine Vereinfachung der Blasenspülung nach der Lithotripsie, von L. Moszkowicz-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 46.) Vorführung eines Instrumentes zur Blasenspülung nach der Lithotripsie. Als Vorteile des Verfahrens werden betont, daſs sich alle Teile durch Kochen sterilisieren lassen, daſs die Entleerung der Steine rasch, gründlich und einfach erfolgt, und daſs die Cystoskopie ohne Entfernung des Evakuationskatheters während der Blasenspülung ausgeführt werden kann.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bericht über 300 operierte Blasentumoren, von A. v. Frisch-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Von den 300 operierten Patienten standen nur drei im kindlichen Alter, von den sämtlichen Tumoren waren zwei Drittel als bösartige Neubildungen aufzufassen. Die Operationsmethode war in allen Fällen mit einer einzigen Ausnahme die typische Sectio alta. Die Heilungsdauer nach den Tumorenoperationen betrug im Durchschnitt $3^1/_2$ Wochen. Von den 300 Fällen starben 42 = 14 %. Nach F.s Ansicht besteht bei jedem Blasentumor eine strikte Indikation für die Operation. Von einer solchen ist nur dann ein Erfolg zu erwarten, wenn das Blasenkavum in seinem ganzen Umfang dem Gesichtsinn und Tastsinn bequem zugänglich gemacht wird. Dieses ist nur durch den hohen Blasenschnitt zu erreichen. Gutartige Tumoren müssen stets mit einem ausreichenden Stücke der Blasenschleimhaut an der Basis der Geschwulst entfernt werden. Bei Carcinomen ist die Resektion der Blasenwand in ihrer ganzen Dicke indiziert. Wenn auch bei letzteren bis heute keine Dauerheilungen zu erzielen sind, können wir doch durch die Operation für eine beschränkte Zeit eine wesentliche Besserung im Zustande des Patienten herbeiführen. Rezidive sind auch bei gutartigen Tumoren häufig, Metaplasien zu malignen Neu-

bildungen kommen zweifellos vor. Eine Bestimmung der Zeit, wann wir einen Fall nach glücklich verlaufener Operation als definitiv geheilt betrachten dürfen, läfst sich nicht angeben, da sich Rezidive noch nach vielen Jahren einstellen können.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Diagnose der Blasengeschwülste, von Hugh Cabot-Boston. (*New York med. Journ.* 1. Juni 1907.) Cabot empfiehlt aufs wärmste die Anwendung der Cystoskopie in allen irgendwie zweifelhaften Fällen. Die Hauptsymptome der Blasengeschwülste, wie Hämaturie ohne gleichzeitige Schmerzen und Störungen der Blasenfunktion können auch bei anderen Erkrankungen, wie jenen der Niere, Prostata usw. vorkommen. Untersuchung per rectum ist von hoher Wichtigkeit, um eine Blasen- von Prostata-Erkrankung zu unterscheiden, und ist es auch im allgemeinen möglich, Hypertrophie und Neubildungen in der Prostata von Krankheiten am Blasengrunde zu unterscheiden; aber in schwierigeren Fällen mufs man auch hier zum Cystoskop greifen. Wie alle Instrumente, welche Erfahrung und geschickte Behandlung erheischen, nur von jenen gebraucht werden sollen, die Gelegenheit zu häufiger Anwendung haben, so möchte C. auch das Cystoskop den Spezialisten reserviert wissen und der praktische Arzt sollte in irgendwie zweifelhaften Fällen — die Diagnose „Blasentumor“ wird nach Verfassers Erfahrung häufiger gestellt, als es den Tatsachen entspricht — sich nicht scheuen, sie von durchgebildeten Spezialisten untersuchen zu lassen. *Stern-München.*

Über den chirurgischen Eingriff bei Blasengeschwülsten, von Victor C. Vouters. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 68.) *Fritz Loeb-München.*

Die Diagnose des Harnblasenkrebses, von Gonzales Bravo. (*Revista Ibero-Americana de ciencias médicas.* August 1907.) In diesem Vortrage bespricht der Redner die Symptomatologie und Differentialdiagnose des Blasencarcinoms. Bringt absolut nichts Neues. *C. Müller-Nyon.*

Studie über die Bilharziose. Pathologisch-anatomische Betrachtung der Lokalisation in der Harnblase, von Joseph M. L. de Schacken. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 76.) *Fritz Loeb-München.*

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Behandlung der Impotenz und Sterilität beim Manne, von C. Posner-Berlin (*Therap. Centralbl.* 1907. Nr. 17—21.) Der die Impotenz behandelnde Teil der Arbeit enthält nichts Neues. Bei der Sterilität unterscheidet P. zwischen zwei Gruppen von Azoospermie, je nachdem überhaupt kein Sperma produziert wird, oder das Sperma nicht mehr seinen normalen Weg passieren kann. Erstere sehr seltene Form hat er beobachtet im Verlauf von erschöpfenden Krankheiten, wie Malaria, Krebs, Blutvergiftung, Tuberkulose, Tumoren des Hodens, auch vorübergehend nach schweren sexuellen Exzessen. Häufig sind die Fälle der zweiten Art, wo Sperma produziert wird, aber infolge eines Abflufshindernisses nicht nach aufsen gelangen kann. Diagnostizieren läfst sich dieser Zustand durch die von Posner angegebene Punktion des Hodens. Dabei wurde festgestellt, dafs bei solchen Individuen sich die Spermaproduktion noch lange Jahre erhält, was für die prognostische Bedeutung der Erkrankung von Wichtigkeit ist. (Innere Sekretion.) In therapeutischer Hinsicht sind leider fast sämtliche bisher versuchte chirurgische Eingriffe ohne Erfolg geblieben. P. glaubt aber, dafs durch die Vereinfachung der angewendeten Methoden und deren Verfeinerung schliefslich noch gute Resultate zu erreichen sind. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über die therapeutische Anwendung des Yohimbins „Riedel“ als Aphrodisiacum, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Impotentia virilis, von Rudolf Topp-Halle. (*Allg. med. Zentral-Ztg.* 1906. Nr. 10.) Bei zehn

Fällen, die Personen beiderlei Geschlechts betrafen, und in denen es sich um Impotenz verschiedenen Grades und verschiedener Provenienz handelte, wurde durch Yohimbin achtmal völlige Heilung und zweimal Besserung erzielt, ein schlagender Beweis für die Brauchbarkeit des Präparates. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die glatte Muskulatur des Hodens und seiner serösen Hüllen, von Christian Peeschmann. (Inaug.-Dissert. Halle 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Über Resorption und Ausheilung von entzündlichen Infiltraten in den samenleitenden Organen, von Ernst R. W. Frank-Berlin. (*Med. Blätter.* 1907. Nr. 33—34.) In der weitaus gröfsten Zahl der Fälle werden Azoospermie und Asthenozoospermie veranlafst durch entzündliche, auf Infektion beruhende Erkrankungen der samenleitenden Organe, und zwar ist die häufigste Ursache die Verlegung der Samenleiter infolge einer blennorrhoischen Erkrankung; so fanden Lier und Ascher bei 80 Azoospermikern z. B. 75mal als Ursache Blennorrhoe. Man versuchte daher durch chirurgische Eingriffe die Wegsamkeit der samenleitenden Organe wieder herzustellen. Das beste, die Möglichkeit der Azoospermie zu verhüten, bleibt aber eine richtig durchgeführte Tripperbehandlung, und zwar soll man die Epididymitis nicht mit Eis, sondern mit möglichst starker Hitzapplikation behandeln (Thermophor), daneben empfehlen sich heifse Moorbäder. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Experimenteller Beitrag zur Histogenese der entzündlichen Prozesse des Hodens, von Razzaboni. (*Il Policlinico.* 1907. Nr. 11 u. 12.) Der Verfasser hat an Hunden durch Injektionen von reizenden Substanzen (Höllensteinlösung, Streptokokkenkulturen usw.) in die Testikel, auf direktem oder indirektem Wege (durch Vermittlung der Nebenhoden) entzündliche Erscheinungen hervorgerufen und dabei folgendes konstatiert: Bei direkten Injektionen in das Hodenparenchym oder in die Vaginalis waren die entzündlichen Reaktionen am intensivsten, weniger intensiv, wenn die Injektionen in den Deferentialkanal gemacht wurden, am geringsten resp. fehlend bei solchen in das perideferentiale Gewebe. Der Nebenhoden dagegen zeigt die gröfsten Veränderungen bei deferentialer und perideferentialer Orchitis. Erzeugt man künstlich eine Entzündung in einem Hoden, so kann sich der Prozefs über den anderen ausdehnen; dies kommt aber nur zustande bei vaginalen Injektionen. Nach parenchymalen Injektionen in den Hoden kommt es an der Injektionsstelle zur Bildung einer Narbe, während die distalen Partien nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen eine Restitutio ad integrum erfahren. Nach vaginalen Injektionen konstatiert man eine Bindegewebshyperplasie, bevor noch das Epithel der Samengänge seine normale Funktion zurückerlangt hat. Bei sekundären Orchitiden nach deferentialen Injektionen findet man im Hoden ganz normale Stellen, während an anderen die Bindegewebshyperplasie sehr ausgesprochen ist mit Vorkommen von kleinen Konkretionen; im Nebenhoden findet man im letzteren Falle cicatrizielles oder hyperplastisches Bindegewebe, welches Stenose resp. Verschlufs einzelner Coni vasculosi verursacht. *C. Müller-Nyon.*

Über die klinischen Charaktere der Hodeninsuffizienz, von Jaques Dupré. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 337.) *Fritz Loeb-München.*

Über Hodengeschwülste, von Maurice Chevassu. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 193. 239 S. Vier Tafeln.) *Fritz Loeb-München.*

Retrograde Lymphdrüsenmetastasen bei Lymphosarkom des Hodens, von Betagh. (*Il Policlinico.* 1907. Nr. 9.) Die Metastasen waren in der Drüsengruppe der linksseitigen Spraclaviculargegend lokalisiert. Der gewöhnliche Weg, den die Metastasen einschlagen, ist zunächst als erste Etappe die Gruppe der Retroperitonealdrüsen, von da verbreiten sie sich dem Ductus thoracicus entlang. Zu einer Beteiligung der anderen Drüsengruppen kommt es infolge Verschlusses des Ductus, wobei es zu einer

rückläufigen Strömung kommt, wie in dem beschriebenen Falle, wo gerade die gewöhnlich befallenen Drüsen frei von Metastasen waren. *C. Müller-Nyon.*

Über Abdominaltumoren in Verbindung mit Erkrankung der Hoden, von W. Osler-Oxford. (*Lancet.* 25. Mai 1907.) Der Zusammenhang zwischen Geschwülsten in der Bauchhöhle und einem Hodenleiden wird wahrscheinlich relativ häufig verkannt, weil man sich nicht daran erinnert, daſs die zum Hoden gehörigen Lymphdrüsen ziemlich hoch oben im Peritonealraum gelegen sind. Auf der linken Seite reicht das Gebiet der Lymphstränge des Testikels bis an die Lendenlymphdrüsen der Aorta, deren man gewöhnlich drei gerade unterhalb der Nierenarterie findet; auf der rechten Seite entleert sich das Lymphsystem in die drei bis fünf Drüsen, welche auf der rechten Seite der V. cava zwischen dieser und der Aorta gelegen sind. Dem entsprechend befindet sich die sekundäre Neubildung in solchen Fällen oberhalb des Nabels im oberen Viertel des Abdomens. Daſs diese Gewächse enorme Dimensionen annehmen können, zeigt ein ausführlich beschriebener und abgebildeter Fall, bei dem die ursprüngliche Veranlassung eine Verletzung des Testikels war. Ferner gibt O. einige Beispiele von der Entstehung von Gewächsen bei Kryptorchismus, an denen er die bekannte Malignität dieser Läsionen demonstriert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Leistenhoden und ihre Schicksale, von Richard Wolf. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1907.) Der Leistenhoden ist im Kindesalter, wenn keine besondere Indikation zu einem Eingriff besteht, mit Zug, Massage oder eventuell Bruchband zu behandeln, nach der Pubertät tritt an Stelle dieser mechanischen Behandlung die Orchidopexie. Ist dem Chirurgen die Entscheidung über den Zeitpunkt der Operation anheimgestellt, so soll er sie möglichst kurz vor der Pubertät, etwa im 12.—14. Lebensjahr, ausführent

Fritz Loeb-München.

Zur Kenntnis der Geschwülste des Bauchhodens, von August Blanck. (Inaug.-Dissert. Rostock 1906.) Verfasser legt seiner Besprechung des Krankheitsbildes der Geschwulstbildung im Bauchhoden 18 Fälle aus der Literatur und einen in der Rostocker chirurgischen Klinik beobachteten Fall zugrunde. Es ergibt sich, daſs das Leiden im vierten Lebensjahr am häufigsten vorkommt. Die Dauer der Erkrankung vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Operation oder zum Tod lieg. zwischen 13 Tagen und vier Jahren, abgesehen von einem Fall von Mathieu, bei dem die Geschwulst nach Aussagen der Angehörigen 10—15 Jahre bestanden haben soll. Die Gröſse der Tumoren war eine sehr wechselnde, der kleinste ist als hühnereigroſs angegeben, der gröſste hatte ein Gewicht von 16 Pfund erreicht. Die Diagnose auf Geschwulst des retinierten Bauchhodens ist nur in sechs von den 19 Fällen gestellt worden. Was die anatomischen Befunde betrifft, so sind neun Tumoren als Sarkome bezeichnet, fünf als Carcinome, zwei als Mischgeschwülste, nämlich als Sarkome mit epitheloiden Zellkomplexen von carcinomatösem Charakter. *Fritz Loeb-München.*

Über den Wert der Funikulopexie und der elastischen Extension in der Behandlung der inguinalen Hodenektopie, von G. P. B. Espinasse. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 51.) *Fritz Loeb-München.*

Die Therapie der Ectopia testis, von P. Coudray-Paris. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 19.) C. kommt zu dem Schlusse, daſs es nötig ist, systematisch bei kleinen Knaben nach der testikulären Ektopie Umschau zu halten und diese rechtzeitig zu behandeln. Nur wenn Massage und Traktationen nicht ausreichen, soll man zur blutigen Therapie schreiten. Das geeignete Alter ist 12—13 Jahre, wenn eine Hernie besteht 7—8 Jahre. Die Funktionsfähigkeit des reponierten Hodens ist stets gut. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Orchitis bei Typhus, von MICHEL BLUMENFELD. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 191.) *Fritz Loeb-München.*

Epididymo-Orchitis als Typhuskomplikation, von CHARLES M. NICE-Birmingham. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 24.) Bei einem typhuskranken 25jährigen Menschen trat eine rechtsseitige Hoden- und Nebenhodenschwellung auf, ohne daſs irgendwelche Zeichen einer überstandenen oder bestehenden Blennorrhoe nachweislich waren. Der Verfasser nimmt eine Infektion durch Typhusbazillen auf dem Wege der Blutbahn an. *Schourp-Danzig.*

Akute Orchitis durch Pyocyaneusinfektion, von M. HIRSCHBERG-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 43.) Ein sonst nie erheblich krank gewesener, verheirateter Mann kam wegen einer seit zwei Tagen bestehenden schmerzhaften Schwellung des linken Hodens zur Aufnahme. Die sorgfältige Untersuchung des Patienten sowie auch seiner Frau ergab keinen Anhaltspunkt für irgend eine venerische Infektion. Eine nach sechs Tagen symptomatischer Behandlung ausgeführte Inzision förderte aus dem Cavum der Tunica vaginalis teils leicht grün gefärbten Eiter, teils fast weiche, fibrinöse, ebenso gefärbte Massen zu Tage. Die sofort ausgeführte bakteriologische Untersuchung ergab Reinkulturen von B. pyocyaneus, der auch späterhin aus der durch Granulationsbildung verheilenden Wunde genommen werden konnte. Der Modus der Infektion war nicht aufzuklären. Im Blute konnte der B. pyocyaneus nicht nachgewiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die perineale Hodenektopie, von ROBERT KLEIN. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 417.) *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Hodentuberkulose, von FREDA. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1907. Nr. 21.) Der Fall zeichnet sich hauptsächlich dadurch aus, daſs der Nebenhoden vollständig frei von jeder pathologischen Veränderung war, während die entzündlichen Erscheinungen im Hoden, speziell längs dem Verlaufe der Gefäſse, sehr ausgesprochen waren. Wahrscheinlich hatte sich in diesem, wie in ähnlichen Fällen, der Bacillus, statt durch die Ausführungsgänge der Drüse, ausschlieſslich durch Vermittlung der Lymph- und Blutwege im Bindegewebe des Hodens verbreitet. *C. Müller-Nyon.*

Über die Wahl der Behandlung bei tuberkulöser Nebenhodenentzündung. Moderner Stand der Frage, von HENRI A. J. CHALLIER. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 69.) *Fritz Loeb-München.*

Pathogenie der rezidivierenden Epididymitis. Die Resektion des Vas deferens als Mittel, sie zu verhüten, von P. BAZY-Paris. (*Presse méd.* 1907. Nr. 89.) B. verwirft die Resektion des Vas deferens bei Individuen, die gezwungen sind, dauernd die Sonde zu gebrauchen, wenn dadurch das Auftreten einer Epididymitis verhindert werden soll. Er erklärt das Entstehen der rezidivierenden Entzündung für ein Wiederaufflackern der Virulenz von schlummernden, lokalen Bakterienherden durch einen direkt oder indirekt einwirkenden Reiz. Lediglich die Produktion oder Bildung der Spermatozoen werde durch diese Operation hintangehalten.

Carl Schramm-Dortmund.

Die Behandlung der Epididymitis und der Bubonen mit Hyperämie, von KARL STERN-Düsseldorf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 48.) ST. hat bis jetzt drei Fälle von Epididymitis tuberculosa mit BIERscher Stauung behandelt und zum Teil mit, zum Teil ohne Absceſsbildung soweit gebessert, daſs sich feste, derbe, reizlose, nicht schmerzende Knoten gebildet haben; es kommt bei der Nebenhodentuberkulose darauf an, kurze Zeit zu stauen und im übrigen mehr die Heiſsluftbehandlung anzuwenden. — Die Erfahrungen, die ST. in 75 Fällen über die Erfolge der Stauungsbehandlung bei Epididymitis blennorrhoica gemacht hat, sind ganz vor-

zügliche: richtig und konsequent durchgeführt beseitigt das Verfahren die Schmerzhaftigkeit aufs prompteste und verhindert aufserdem die Bildung von Infiltration entweder ganz oder bringt doch entstandene Infiltrate zur Aufsaugung. Gestaut wird, wenn irgend möglich nur der kranke Hoden. Während ein Wärter oder der Patient diesen mit der einen Hand hochhebt und mit der anderen den gesunden fortzieht, wird der mit Watte umwickelte Gummischlauch angelegt und mäfsig angezogen; das eine Ende des Schlauches wird um das andere gedreht und die Schnürstelle mit einer Arterienpinzette abgeklemmt. Ist der Schlauch richtig, nicht zu fest und nicht zu locker angelegt, dann hört die Schmerzhaftigkeit fast momentan auf. Der Schlauch bleibt bei akuten Entzündungen 20 Stunden liegen und wird darauf für kurze Zeit entfernt, dann wird bis zum Aufhören der spontanen Schmerzhaftigkeit und der intensiven Druckempfindlichkeit weitergestaut. Ist das erreicht, dann kommt die Beseitigung etwaiger Infiltrate durch kurze Stauungen und durch intensive Anwendung der Heifsluftdusche und durch heifse feuchte Umschlägr während der Nacht.

Auch für die Behandlung der Bubonen kann St. auf Grund seiner Erfahrungen die künstliche Hyperämie — Stauung mit Sauggläsern — aufs angelegentlichste empfehlen; Verlauf und Resultate sind die gleichen wie bei Phlegmonen und bei lokalen Eiterungen. *Götz-München.*

Zwölf Fälle von Epididymotomie, von Duhot. (*Ann. de la Policl. centr.* 1907. Nr. 7.) Nach wörtlicher Wiederholung der Krankengeschichten von sieben Fällen, die bereits in denselben Annalen von seinem Assistenten, Houssian, veröffentlicht wurden, erwähnt Verfasser weitere fünf Fälle der Epididymitis, die er durch Epididymotomie heilte.

Die Indikationen zum operativen Eingriff stimmen ebenfalls mit den Angaben Houssians vollkommen überein. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Pneumatischer Skrotalkompressor zum Gebrauch bei Epididymitis, von Edgar Ballenger-Atlanta. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 21.) Das angegebene Suspensorium hat einen Gummiüberzug mit äufserer unelastischer und innerer elastischer Wand. Zwischen beide Wände kann Luft, kaltes oder heifses Wasser eingeblasen werden. *Schourp-Danzig.*

Torsion des Testikels, von H. M. Kigby und R. C. Howard-London. (*Lancet.* Nr. 4369.) Von dieser immerhin seltenen Affektion haben Verfasser neun Fälle beobachtet, deren Krankengeschichten sie in den Hauptpunkten wiedergeben. In vielen Fällen mag das Wesen der Störung vom Arzte verkannt worden sein namentlich bei jugendlichen Patienten, da die Erscheinungen mit denen einer eingeklemmten Hernie manche Ähnlichkeiten darbieten, und bei der zuweilen eintretenden spontanen Beseitigung der pathologischen Drehung die Symptome verschwinden, ehe der Irrtum festgestellt wird. Dieses Vorkommen ist um so eher möglich, wenn die Drehung eine totale ist, so dafs es den Anschein hat, als hätte der Hoden noch seine normale Stellung mit rückwärtsgewandtem Nebenhoden. Die Grundursache der Anomalie liegt in einem abnormen Zustand des Mesorchiums, oder im allgemeinen der Verbindungen des Hodens mit seiner Umgebung. Die hier ziemlich eingehende Schilderung der anatomischen Verhältnisse läfst sich ohne Hilfe der Abbildungen kaum wiedergeben. Die Anomalie kann in jedem Lebensalter hervortreten. Die hier berichteten Fälle betrafen jugendliche Individuen im Alter von vier Monaten bis zu 24 Jahren. Die Behandlung wird sich danach richten, ob der torquierte Hoden sich vollständig im Scrotum befindet, oder teilweise reteniert ist. In letzterem Falle ist die baldige Entfernung des Organs angezeigt, da es ohne funktionelle Bedeutung ist und zu Komplikationen Anlafs geben kann. Beim vollständig dependierten Hoden kann man den Versuch machen, die normale Stellung manuell wieder herzustellen. Das sofortige

Verschwinden der Schmerzen läfst erkennen, dafs die Manipulation gelungen ist. Anderenfalls kommt ein chirurgischer Eingriff in Frage. Oft erreicht man erhebliche Linderung der Beschwerden durch Beseitigung der fast immer sich in der Tunica vaginalis ansammelnden Flüssigkeit. Da selbst beim prompten Operieren der betroffene Hoden meistenteils atrophiert, und andererseits die Symptome unter Ruhe und kühlenden Bleiwasserumschlägen gewöhnlich verschwinden, ist die Berechtigung zum operieren, aufser bei Komplikationen, nicht immer unanfechtbar.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Der Schutz des Röntgenologen, von Charles Lesten Leonard-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 16. Nov. 1907.) Verfassers Untersuchungen haben ihn zu dem Schlusse geführt, dafs die beste Methode, um sowohl den Röntgenologen wie den Patienten vor den schädlichen resp. allzustarken Wirkungen der X-Strahlen zu bewahren, darin besteht, dafs die Tube oder Quelle aller Strahlen von einem genügend dicken Bleischild umgeben wird. Ferner sollte die ganze Röhre in eine Hülle von Bleiblech eingeschlossen und Öffnungen verschiedener Gröfse, durch welche allein die Strahlen hindurchgelangen können, darin angebracht werden; dieses Material kann angewandt werden, indem man eine Luftisolierung von vier Zoll auf jeder Seite der Röhre hat, was eine genügende Wechselwirkung für die innere Widerstandskraft der Röhre gibt. L. ist überzeugt, dafs die meisten der schwereren durch Röntgenstrahlen verursachten Hautveränderungen durch Unachtsamkeit entstehen; ihr Verlauf und klinischer Charakter hat dargetan, dafs sie auf eine Störung des trophischen Nervensystems, Verminderung der Ernährung und des Blutzuflusses zurückzuführen sind. Die ergriffene Stelle geht weit über die sichtbare Affektion hinaus, auf einen lokalen chirurgischen Eingriff oder stimulierende Medikation kann sie daher nicht zurückgehen, sondern L. erklärt für die beste Behandlung Ruhe und Schutz vor weiterer Reizung, aber für das sicherste noch die oben angegebene prophylaktische Methode.

Stern-München.

Einige Bemerkungen über fehlerhafte Pravazsche Spritzen, von G. Edlefsen-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 1.) Verfasser gibt den sehr beachtenswerten Rat, keine Injektionsspritze in Gebrauch zu nehmen, ehe man sich davon überzeugt hat, dafs der Kubikinhalt wirklich der Vorschrift entspricht. Man kann die Prüfung sehr einfach in der Weise ausführen, dafs man etwa fünfmal die Spritze voll saugt (resp. als zweite Prüfung halbvoll saugt) und den Inhalt in ein kleines Mefsglas entleert. Namentlich bei den billigeren Exemplaren mit Hartgummifassung sind Abweichungen (sogar bis 1,5 ccm) gar nicht ganz selten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über fehlerhafte Pravazspritzen, von A. Freudenberg-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 4.) F. hat sogar Schwankungen zwischen 0,6 und 1,5 am Inhalt von Pravazspritzen konstatiert. Er schlägt vor, die Spritzen mit Prüfungsschein der physikalisch-technischen Reichsanstalt versehen zu lassen, wie die Thermometer.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. No. 7. 1. April 1908.

Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis.
(Ein Fall von Atrophia maculosa cutis bei Lues.)

Von

Dr. LEONHARD LEVEN-Elberfeld.

Mit einer Abbildung.

Die Literatur über die Atrophia maculosa cutis ist vor nicht langer Zeit — 1906 — von OPPENHEIM[1] zusammengestellt worden; es erübrigt sich für mich deshalb, auf dieselbe näher einzugehen und ich möchte nur zurückgreifen auf eine seitdem publizierte Arbeit von BECK[2]. Bezüglich der Beschreibung des klinischen Bildes darf ich wohl auch, um nichts überflüssiges zu bringen, auf die genannte OPPENHEIMsche Arbeit verweisen.

BECK trennt die Atrophia maculosa cutis von der idiopathischen Hautatrophie ab. Zwar entsteht auch die maculöse Atrophie ohne klinisch nachweisbare voraufgehende Gewebsnekrose infolge pustulöser oder ulceröser Prozesse, jedoch ist das makroskopische Aussehen und der histologische Befund ein anderer als bei der gewöhnlichen idiopathischen Hautatrophie. BECKs Fall betrifft eine 23jährige Näherin, bei der das Leiden ohne subjektive Beschwerden und ohne sonstige Erkrankungen auftrat; insbesondere war im Gegensatz zu den meisten bisher beobachteten Fällen keine Spur von tuberkulösen Erkrankungen vorhanden. Makroskopisch fand B. hauptsächlich im Gesicht lividbläuliche, etwas erhabene Effloreszenzen, während an Brust und Rücken zum Teil schon atrophische Flecke mit gerunzelter Haut vorhanden waren. Während der etwa ein Jahr dauernden Beobachtung des Falles durch B. wurden die anfangs noch erhabenen Stellen allmählich flacher und sanken schließlich unter das normale Hautniveau.

---

[1] *Arch. für Dermat. u. Syph.* Bd. 81. Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis.

[2] BECK. *Monatshefte für prakt. Dermat.* Bd. 44. Nr. 11. Beiträge zur Kenntnis der Atrophodermieen.

Mikroskopisch fand B. eine Verschmälerung der MALPIGHIschen Schicht, in der verdünnten Epidermisschicht, sowie im Stratum corneum kleine Risse, in welche ein kleinzelliges Infiltrat eingedrungen ist. Die elastischen Fasern sind bedeutend verringert, zum Teil beinahe völlig verschwunden; die Abnahme ist am stärksten um die kleinen Blutgefäſse herum und in den tieferen Partien. Dort, wo der Schwund der elastischen Fasern am intensivsten ist, finden sich lymphocytäre Infiltrate, welche die Gefäſse auf gröſsere Strecken begleiten; in den unteren Cutisschichten mäſsige Vermehrung der fixen Bindegewebszellen. Talg- und Schweiſsdrüsen sowie glatte Muskelfasern normal.

BECK faſst die Erkrankung so auf, daſs zuerst eine kleine Papel entsteht, bedingt durch eine in der subpapillären und mittleren Cutisschicht beginnende und sich nach oben ausdehnende mäſsige Entzündung, der dann ein Schwund der elastischen Fasern folgt. Das Infiltrat wird resorbiert, der Schwund der elastischen Fasern bleibt und so entsteht der atrophische Fleck.

Ich möchte nun in folgendem auf meinen Fall eingehen, der klinisch völlig das Bild der maculösen Hautatrophie bietet, der mir aber, abgesehen von der Seltenheit dieser Erkrankungsform, an sich schon deshalb der Erwähnung wert scheint, weil er sich bei einer Patientin mit Lues vorfindet. Es drängte sich dem Beobachter natürlich sofort die Frage auf, ob es sich hierbei um eine zufällige Koinzidenz oder um einen ursächlichen Zusammenhang handelte, und ich werde auf diese Frage nach Beschreibung des makroskopischen Bildes und des histologischen Befundes zurückkommen.

Patientin kam im Mai 1907 in meine Behandlung wegen Lues, nachdem ihr Mann schon vorher wegen desselben Leidens von mir behandelt worden war. Sie gab an, vor ca. acht Monaten ein Geschwür an der Scheide, später Ausschlag und Halsbeschwerden gehabt zu haben und mit etwa zehn Injektionen behandelt worden zu sein; die letzte Einspritzung will sie im März 1907 bekommen haben. Bei der ersten Untersuchung waren keine Symptome von Syphilis zu konstatieren; im Juni zeigten sich Kondylome am After, gegen welche Salzwasser-Kalomel angewandt wurde. Ich sah die Patientin dann wieder Ende September 1907; sie hatte inzwischen wegen des während dieser Zeit erfolgten Auftretens von Flecken — es handelt sich um die gleich zu beschreibenden atrophischen Herde — in meiner Abwesenheit von meinem Vertreter eine Injektion bekommen und drei Wochen geschmiert. Im Anschlusse hieran bekam sie von mir bis zum 11. November 1907 noch sechs weitere Injektionen von Hg salicylicum, sowie K. J., ohne daſs sich bezüglich der Flecken irgend ein Erfolg der Behandlung zeigte.

Status: Kräftige, blühend aussehende Frau in mittlerem Lebensalter; am Abdomen eine nach Mitteilung der Patientin von einer wegen eines

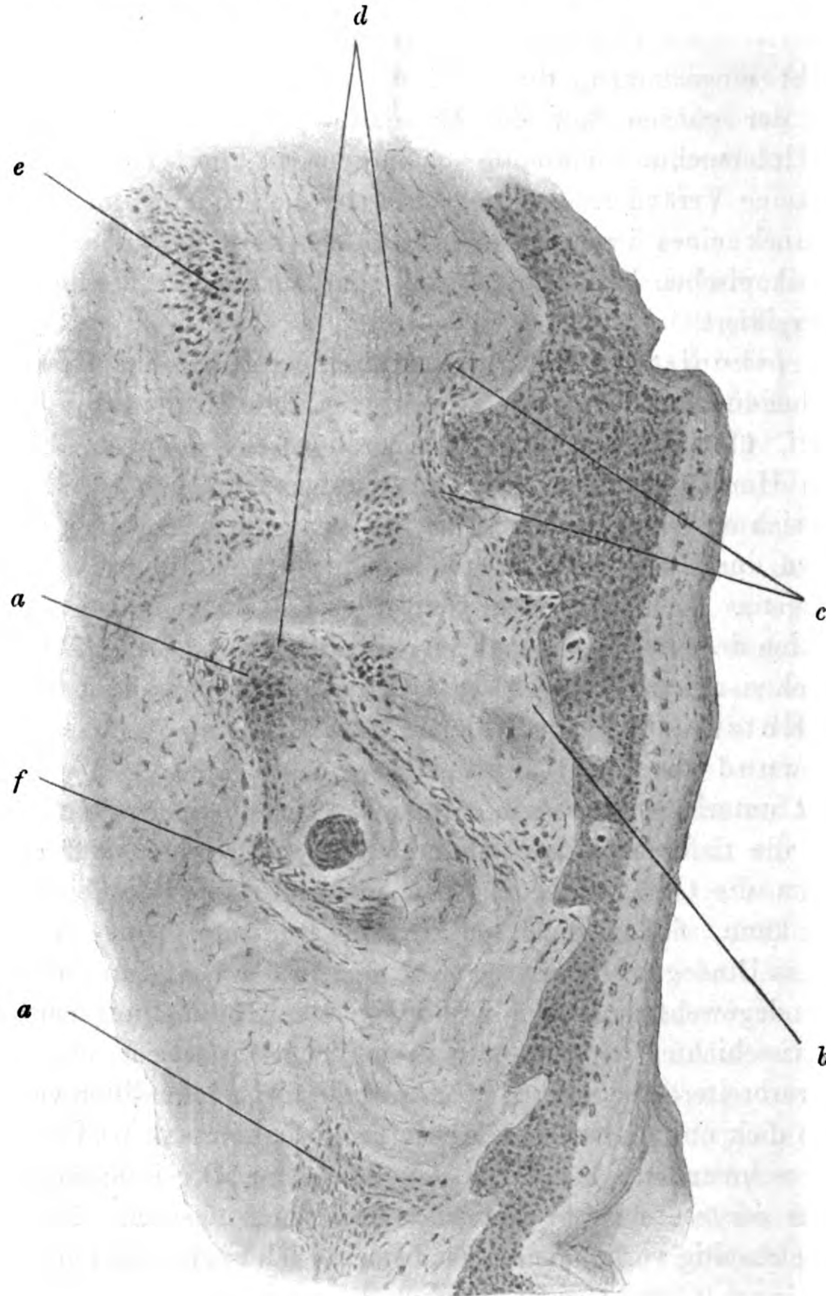
Gallensteinleidens vorgenommenen Operation herrührende Fistel. Auf der Haut des Rückens, Bauches, der Arme und Beine finden sich eine große Anzahl lividblauer Flecke von Pfennig- bis ungefähr Markstückgröße unregelmäßig zerstreut; der Kopf ist frei. Die Haut ist an den erwähnten Stellen atrophisch, dünn, fein gerunzelt; die einzelnen Herde scharf umschrieben, zumeist unter dem normalen Hautniveau liegend. Einzelne Stellen sind noch nicht eingesunken, die Haut ist aber schon deutlich atrophisch. Während der ganzen Zeit der Behandlung sowohl wie auch bei den späteren Untersuchungen konnte ich an den bläulichweißen, atrophischen Flecken keine Veränderungen konstatieren: die Affektion machte durchaus den Eindruck eines irreparabeln Prozesses. Am 9. Januar 1908 wurde zur mikroskopischen Untersuchung ein Hautstück aus einer der erkrankten Partien exzidiert.

Mikroskopischer Befund: Stratum corneum ohne Besonderheiten, Stratum lucidum erscheint etwas breit; das Rete Malpighi weist normale Zellen auf, ohne irgendwelche Degenerationserscheinungen, hier und da sieht man Hornkörperchen. Die Malpighische Schicht ist abgeflacht, es finden sich oft streckenweise keine Papillen; die Abflachung ist vielleicht zu erklären durch die gleich zu erwähnende Verbreiterung und Verdichtung des Kollagens. Dicht unter dem Rete, hier und da zwischen den untersten Zellschichten desselben, sieht man juvenile Bindegewebszellen. In der Cutis machen sich vier Erscheinungen bemerkbar: reichliche Vaskularisation, leichte Entzündungserscheinungen, Bindegewebsneubildung und Schwund der elastischen Fasern.

Dicht unterhalb der Germinalschicht erscheinen erweiterte Kapillaren und auch die tieferen Cutisschichten weisen zahlreiche Gefäße auf. Besonders um die Gefäße herum, wie man an längsgetroffenen sehr gut verfolgen kann, finden sich leukocytäre Infiltrate, sowie neugebildetes jugendliches Bindegewebe, ebenso sieht man in der Umgebung der Schweißdrüsen Bindegewebswucherung und kleinzellige Entzündungsherde. In den oberen Cutisschichten liegen ziemlich reichliche Mastzellen. Das Kollagen erscheint verbreitert und verdichtet, die Bindegewebsinterstitien verschmälert, die Fasern dick und derbe. Das elastische Fasernetz ist bis auf geringe Spuren verschwunden; bei selbst langdauernder Orceinfärbung sind nur noch diffus zerstreute Reste von Fäserchen nachzuweisen. Mit Rücksicht auf die gleichzeitig vorhandene Lues bemerke ich noch, daß ich Spirochäten in einigen nach Giemsa gefärbten Schnitten nicht gesehen habe.

Die eben geschilderten mikroskopischen Verhältnisse werden durch die beigefügte Zeichnung erläutert, für deren äußerst exakte Anfertigung ich Herrn Dr. med. et phil. Robert Müller von hier sehr zu Dank verpflichtet bin. Bei *a* sieht man die perivaskulären Infiltrate zwischen dem neugebildeten jugendlichen Bindegewebe, bei *f* ist ein Gefäß gerade an

einer Teilungsstelle getroffen, welches auf gröſsere Strecken von der Zellanhäufung begleitet wird. Die Infiltration dicht unter der Germinalschicht findet sich bei *c*, während *b* die Abflachung der Papillen zeigt, die übrigens an anderen Stellen der Präparate deutlicher ist. Bei *d* hat der Zeichner



versucht, die Verbreiterung des Kollagens anschaulich zu machen, und *e* zeigt Bindegewebsproliferation und kleinzelliges Infiltrat im Bindegewebe. Der negative Befund bezüglich des elastischen Fasernetzes lieſs sich erklärlicherweise in der Zeichnung nicht darstellen.

Vergleiche ich meinen Fall mit dem von Beck beschriebenen, so ergibt sich — ich sehe hier ab von der in meinem Falle vorhandenen Lues — als übereinstimmend:

1. Das Fehlen von nachweisbarer Tuberkulose;

2. Leucytäre Infiltrate und Bindegewebsproliferation hauptsächlich um die Gefäſse herum;

3. Schwund des elastischen Fasernetzes. Unterschiede ergeben sich:

a) darin, daſs in meinem Falle atrophische Herde am Kopfe nicht vorhanden waren, in Becks Fall dagegen wohl;

b) in der bei mir vorhandenen deutlichen Abflachung des Rete in den atrophischen Herden;

c) in der in meinen Präparaten sichtbaren starken Vaskularisation;

d) in der Verstärkung der kollagenen Substanz.

Die oben erwähnte Auffassung Becks von dem pathologischen Verlaufe bei der Atrophia maculosa cutis erscheint mir nach den Bildern, die ich gesehen habe, als die richtige. Beck konnte die Verhältnisse an einem Hautstück studieren, welches an seiner Kante von einer im Anfangsstadium der Dermatose befindlichen Papel begrenzt war und zudem den ausgebildeten atrophischen Fleck aufwies, während bei meiner Patientin die Atrophie an allen Stellen schon vorhanden war. Ich fand, wie beschrieben, in dem makroskopisch ausgesprochen atrophischen Fleck noch leichte Entzündungserscheinungen, jedoch braucht dies nicht gegen Becks Auffassung zu sprechen, da einerseits die Entzündung vorher stärker gewesen sein und andererseits die Atrophie ja noch intensiver zur Ausbildung gelangen kann.

Makroskopisch bietet mein Fall, wie aus der Beschreibung hervorgeht, das typische Bild einer makulösen Hautatrophie; auch histologisch sind die Hauptmerkmale dieser Erkrankung: leichte entzündliche Erscheinungen, Bindegewebsneubildung und Schwund der elastischen Fasern, gegeben. — Ich wende mich nun zu der Frage, ob sich im vorliegenden Falle auf Grund des klinischen und mikroskopischen Befundes etwas sicheres über den eventuellen kausalen Zusammenhang mit der bei der Patientin bestehenden Lues sagen läſst, ob es sich also um eine Atrophia maculosa cutis „bei“ oder „durch“ Lues handelt.

Das für die makulöse Hautatrophie Charakteristische im histologischen Bilde habe ich oben ausgeführt; indes auch bei Syphilis sehen wir perivaskuläre Zellinfiltrate und proliferierendes Bindegewebe. Diejenigen Momente, welche in meinem Falle zugunsten eines syphilitischen Ursprungs zu verwerten wären, sind die reichliche Vaskularisation, sowie die Veränderungen des Kollagens; Veränderungen, die meines Wissens sonst bei Atrophia maculosa cutis nicht hervorgehoben sind. Auf der andern Seite mahnt das Fehlen starker Infiltratbildungen — die Infiltrate bei Lues sind doch zumeist stärkere als die hier vorhandenen — sowie von

degenerativen Prozessen innerhalb der Infiltrationen zu Vorsicht in der Beurteilung. Dafs in den Präparaten keine Spirochäten gefunden wurden, möchte ich nicht wesentlich in Betracht ziehen, da ihr Vorkommen ja kein so massenhaftes ist, dafs der Nachweis stets glücken müfste. Auch die Erfolglosigkeit der Therapie läfst sich, wenn sie auch gegen Lues spricht, doch nicht entscheidend verwerten, da einmal die Patientin in einem Stadium zu mir kam, in dem wegen der ausgesprochenen Atrophie an eine Restitutio in integrum nicht mehr zu denken war, und zudem ja noch die Möglichkeit besteht, dafs die Therapie doch noch das eventuelle Auftreten weiterer Flecken bis jetzt verhindert hat.

Wenn sich nun auch bei Berücksichtigung aller Faktoren die Schale etwas zugunsten der syphilitischen Genese im vorliegenden Falle neigt, so halte ich mich dennoch nicht für berechtigt, einen sicheren Schlufs zu ziehen. Ich will mich deshalb darauf beschränken, den Befund zu konstatieren und will die Frage, ob die Atrophia maculosa cutis durch Lues hervorgerufen werden kann, unentschieden lassen; es möge also bei der Bezeichnung Fall von Atrophia maculosa cutis „bei“ Lues sein Bewenden haben. Weitere Untersuchungen können erst ergeben, ob Tuberkulose resp. Lues oder eventuell beide für die Entstehung der makulösen Hautatrophie eine Rolle spielen oder nicht.

Anmerkung bei der Korrektur. Nachträglich erzählt mir die Patientin noch, dafs die Flecken nach der ersten Injektion, die nach dem Auftreten der Flecken gemacht wurde, dicker geworden seien und gejuckt hätten; diese Erscheinung sei nach einigen Tagen wieder weggegangen. Die betreffende Injektion ist in meiner Abwesenheit von meinem Vertreter gemacht worden, ich habe daher das geschilderte Symptom nicht selbst gesehen und es erst jetzt erfahren. Es erinnert sehr an die bekannte Herxheimersche Reaktion eines luetischen Exanthems auf Hg mit stärkeren Entzündungserscheinungen und würde also die Wagschale zugunsten der Syphilis noch etwas tiefer sinken lassen, da es für einen Zusammenhang mit Lues spricht und denselben für den vorliegenden Fall wahrscheinlich macht.

Zur Kasuistik der Ichthyosis.

Von

Dr. GEORG NEUMANN,
prakt. Arzt und Kinderarzt in Landsberg a. W.

Von der, wenn auch nicht vereinzelten, so doch immerhin nicht häufigen Ichthyosis hatte ich kürzlich drei Fälle zu beobachten Gelegenheit, von denen zwei Schwestern betrafen, die ihre Affektion von ihrer Mutter ererbt haben wollen.

Fall 1: Frau W., Spinnerin, gibt an, daſs ihre Groſseltern beiderseits früh verstorben sind. Ihre Eltern leben und wohnen in Böhmen. Die Mutter ist 70 Jahre alt und hat, wie Patientin erzählt, dieselbe Hautbeschaffenheit wie sie selbst. Von ihren Geschwistern ist ein Bruder im Alter von zwei Stunden gestorben; drei Schwestern und ein Bruder leben. Von diesen hat eine Schwester, wie unten geschildert wird, die gleiche Hautaffektion. Patientin, 30 Jahre alt, war Brustkind und hatte nach ihren Angaben in der Jugend viel an „Bauchschmerzen" zu leiden. Ihre Menstruation bekam sie mit 17 Jahren; im Alter von 22 Jahren hat sie geheiratet. Sie hat drei Kinder, die gesund sind und deren Haut, wie ich mich überzeugen konnte, völlig normal ist.

Patientin will ihre Hautaffektion, über die ich sie erst aufklärte, seit frühester Jugend haben.

Wegen eines „Brechdurchfalles" konsultierte sie mich.

Sie ist mittelgroſs, von grazilem Knochenbau, mäſsiger Muskulatur und schlechtem Fettpolster.

Die Schleimhäute sind blaſs; die Gesichtsfarbe ist bräunlichgelb. Der Kopf ist dolichocephal, die Haarfarbe dunkelbraun; Augen, Nase und Rachen o. B.; die cervikalen Lymphdrüsen sind in geringem Grade vergröſsert.

Brust: Thorax paralytisch; Hängebrüste; Herz: o. B.; Lungen: Links vorn über der Clavicula Abschwächung des Schalles, desgleichen links hinten oben. Man hört daselbst deutliches Giemen und am Ende des Inspiriums Knisterrasseln. Über der rechten Spitze ist das Atemgeräusch verschärft, das Expirium verlängert; am Ende des Inspiriums hört man auch hier vereinzeltes Knisterrasseln.

Abdomen: o. B.; Reflexe: normal; Urin: ohne Eiweiſs und Zucker. — Die Haut auf der Brust und am Rücken zeigt zahllose, in feinen Längsstreifen verlaufende, niedrige Fältchen; sie fühlt sich etwas trocken, aber weich an.

Die Haut des Bauches und der hinteren Rumpfpartien ist am stärksten verändert. Dort sieht man zahlreiche, dichtstehende, 1—2 mm hohe, zum Teil spitze, zum Teil flache Follikel, die aus glänzenden Schuppen bestehen; die letzteren sind in starker Abschilferung begriffen, welche stellenweise kleieförmig, wie bei Masern, aussieht; hier ist die Haut trocken und derb wie Leder und fühlt sich wie ein stumpfes Reibeisen an. — An den Beugeseiten der Arme und Beine verhält sich die Haut wie die der Brust.

An den Streckseiten der Oberarme und Oberschenkel finden sich zahlreiche, ca. 1 mm hohe Follikel, die sich in Abständen von 2—3 mm voneinander befinden. An den Streckseiten der Unterarme sieht die Haut wie getäfelt aus. Die einzelnen „Hauttäfelchen" sind vieleckig, haben 2—3 mm Seitenfläche und sind durch flache Einschnitte voneinander getrennt; auch hier fühlt sich die Haut rauh und derb an. Ähnlich verhalten sich die Streckseiten der unteren Extremitäten, nur sind hier die Follikel breiter und die „Hauttäfelchen" gröfser.

Die Haut ist an den befallenen Partien glänzend, straff und trocken; wo sie am stärksten verändert ist, d. i. am Gesäfs und an den Streckseiten der Extremitäten, ist sie aufserdem stark pigmentiert und sieht dunkelbraun aus. Die Haut der Hände, der Füfse und des Gesichtes zeigt normale Beschaffenheit. Irgendwelche Beschwerden von ihrer Hautaffektion hat Patientin nicht.

Fall II: Frl. Anna H., Spinnerin, die jüngste Schwester von Frau W., ist 24 Jahre alt, gleichfalls Brustkind; mit 17 Jahren trat die erste Menstruation ein. Auch sie hat ihre Hautaffektion bereits seit frühester Jugend.

Sie ist ein grofses Mädchen von starkem Knochenbau, kräftiger Muskulatur und reichlichem Fettpolster. Der Kopf ist dolichocephal, die Haarfarbe dunkelbraun, der Teint gelblich; Gesicht schmal, Nase gebogen; die Schleimhäute sind gerötet. Auge, Ohr und Rachen: o. B. Die inneren Organe sind gleichfalls ohne Besonderheiten. Der Urin ist ohne Eiweifs und Zucker.

Die Haut unterhalb der Augen ist in geringer Ausdehnung derb, straff, glänzend und schuppt etwas. Sonst ist die Gesichtshaut nicht verändert. Die Haut an der Brust und am Rücken ist trocken und gespannt; sie glänzt wie Seide und ist mit zahllosen, schmalen Längsfältchen versehen. Die Bauchhaut ist im allgemeinen weich; es finden sich auf ihr nur wenige flache, vereinzelt stehende Follikel.

Die Streckseiten der Arme und Beine sind stark pigmentiert, fühlen sich derb und trocken an und gleichen sonst in der Beschaffenheit denen der Schwester. Jedoch ist die Intensität der Affektion hier wie überall eine weit geringere.

Nur das Gesäfs ist stark pigmentiert; es ist mit Follikeln wie gepflastert und fühlt sich wie ein Reibeisen an.

Hände und Füfse sind weich und frei von abnormen Veränderungen.

Fall III: Anna K., 15 Jahre alt; Vater lebt und ist gesund; die Mutter ist vor drei Jahren an Lungen- und Kehlkopftuberkulose gestorben; zwei Brüder der Patientin sind bereits als Kinder verstorben. Die Hautaffektion ist niemals sonst in der Familie beobachtet worden. Anna K. war Flaschenkind, hat im Alter von 13 Jahren Masern und „Rose" gehabt; im Alter von 14 Jahren trat die erste Menstruation ein.

Die Hautanomalie will sie seit frühester Kindheit haben und klagt darüber, dafs sie ständig aufserordentlich schuppt. Im allgemeinen sei ihre Haut trocken, beim Laufen käme sie jedoch auch in Schweifs.

Patientin ist ein dem Alter entsprechend entwickeltes Mädchen von grazilem Knochenbau, guter Muskulatur und genügendem Fettpolster.

Die inneren Organe sind ohne Besonderheiten.

Auf dem Kopfe finden sich einige Schuppen; Hals und Gesicht sind von normaler Hautbeschaffenheit, desgleichen die Hände, die stark gerötet sind.

Der ganze Rumpf ist von silberglänzenden Schuppen bedeckt, die zum Teil recht vielgestaltig sind und an den hinteren unteren Rumpfpartien grofse, quadratähnliche Gebilde darstellen. An dem unteren, vorderen und besonders dem seitlichen Rumpfe löst sich die Oberhaut förmlich in Lamellen ab. Die Extremitäten sind mit Ausnahme der Vorderarme mit rundlichen, glänzenden Schuppen bedeckt, die den Fischschuppen ähneln. An den Unterschenkeln sind dieselben besonders grofs und grau. Beide Füfse schliefslich sind völlig mit grauschwarzen Schuppen bedeckt, so dafs sie aus der Entfernung betrachtet, den Eindruck machen, als ob sie seit längerer Zeit nicht gereinigt worden seien. Überall, wo die Haut ichthyotisch ist, fühlt sie sich trocken, rauh und spröde an.

Ein bei der Patientin vorgenommener therapeutischer Versuch, tägliches Abseifen mit grüner Seife und nachfolgende Einreibung mit Lanolin, hatte, nach längerer Anwendung, eine sichtbare Besserung zur Folge.

Es handelt sich also um zwei Fälle von Ichthyosis follicularis bei zwei Schwestern, die ihre Affektion von der Mutter ererbt zu haben angaben, und um einen Fall von Ichthyosis diffusa, dessen Ätiologie nicht erkennbar ist. Irgendwelche für die Gesundheit nachträglichen Folgen hat die Affektion, die bei allen drei Patientinnen bereits seit frühester Jugend besteht, bisher nicht gezeitigt. Den beiden ersten Patientinnen wurde überhaupt erst von mir eine Aufklärung über ihre Hautbeschaffenheit, der sie bis dahin gar keine Beachtung geschenkt hatten, zuteil.

Bei der dritten Patientin, die mich zur Behandlung ihrer Hautanomalie konsultierte, wurde therapeutisch ein gewisser Erfolg erzielt; ob derselbe allerdings von Dauer sein wird, steht noch dahin.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. März 1908.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Seegall demonstriert einen Mann mit einem **Psoriasisrezidiv**, welches die Stellen **ausgespart** hat, an denen früher einmal eine **Röntgenverbrennung** stattgefunden hat. Die charakteristischen Narben dieser Verbrennung sind deutlich erkennbar.

2. Holländer demonstriert einen jungen Mann mit geschwürigem Zerfall von grofsen Teilen der Corpora cavernosa des Penis, der im Laufe von 1½ Jahren zur **Gangrän und zum Abfallen der Glans** geführt hat. Syphilis hat vor sechs Jahren bestanden, die Wassermannsche Reaktion war +. Trotzdem hatte spezifische Behandlung, besonders auch hohe Jodkaliumdosen nur geringen Erfolg.

Diskussion: Hoffmann empfiehlt zur Behandlung Kalomeleinspritzungen.

3. H. Isaac demonstriert einen Mann mit **Lichen ruber planus** der Haut und der **Mundschleimhaut**, besonders an Zunge und Gaumen.

4. Holländer demonstriert eine junge Dame, die ihm mit der Angabe überwiesen worden war, dafs ihr **Lupus erythematodes** auf die **Jodtinktur-Chininbehandlung** nicht reagiere. Er selbst hat die Reaktion sehr gut, wenn auch etwas verspätet, hervorbringen können, der Turnus dauerte 13 Tage mit 2,0 Chinin pro die, während für gewöhnlich fünf Tage für einen Turnus ausreichen, wonach erst das Abfallen der Krusten abgewartet wird, darauf erfolgt dann erst ein neuer Behandlungsturnus. Zur Unterstützung besitzen wir ein starkes Mittel in der Heifsluftdusche. Diese wirkte aber in dem vorgestellten Falle zu stark reizend. Mit Jothion hat H. noch keine Erfahrung gemacht.

5. F. Lesser demonstriert einen achtjährigen Knaben mit Plaques auf der Zunge. Der Vater hat 1897 Lues gehabt, 1898 geheiratet. Die Mutter ist anscheinend stets frei von Erscheinungen gewesen. Trotzdem gibt sie positive **Wassermannsche Reaktion**, ebenso wie ihr Sohn und ihr Mann.

6. Blumenthal demonstriert eine Frau mit **Pemphigus foliaceus**, die an dieser Krankheit seit September 1907 leidet. Bei ihr bestehen **papillomatöse Wucherungen** an den Achseln und in leichterer Form auch in den Ellenbeugen.

6. Arndt demonstriert einen Mann mit **Lichen planus der Mundschleimhaut ohne Lichen der Haut**. Patient leidet aufserdem an Lues. Doch sind die Lichen-Effloreszenzen unverkennbar und nicht mit syphilitischen zu verwechseln,

Diskussion: Auch Baum kennt einen Fall von isoliertem Lichen der Mundschleimhaut, nach der zweiten antisyphilitischen Kur entstanden.

7. Arndt demonstriert einen 51jährigen Mann mit **Acrodermatitis chronica atrophicans** nur am linken Arm, Befallen sind die Finger und die Hand, der Ellenbogen und die Akromialgegend. Histologisch bestand starkes Ödem und Rundzellinfiltration, besonders Plasmazellen, bis tief ins Fettgewebe hinein. Das elastische Gewebe war kaum verändert, nur etwas auseinandergedrängt.

8. Halle demonstriert einen 13jährigen Knaben mit **Pityriasis rubra pilaris** und einen kleinen Knaben mit **Parapsoriasis**.

9. Rissom demonstriert einen Mann mit **Pemphigus der Mundschleimhaut** und mit Paronychien, die wohl zu demselben Prozesse gehören.

10. Rissom demonstriert einen jungen Mann mit **Blasenausschlag an den Genitalien und am Munde.** Dabei bestand 14 Tage lang hohes **Fieber.** Antipyrin ist nicht genommen worden. Erythema bullosum.

11. Rissom demonstriert einen **Knaben mit hereditärer Lues** und einen **Mann mit hartnäckiger Lues** und vielen ulcerösen Rezidiven seit 1899, die sich erst in der letzten Zeit ein wenig an Intensität mäfsigen. Im Verlauf dieser Lues wurde nur durch Kalomelinjektionen zweimal eine längere Symptomfreiheit erreicht.

12. Blumenthal demonstriert eine Frau mit **Narben** von einem starken **Zosterausbruch** im Gebiet des N. trigeminus I, und erwähnt, dafs hierbei in einigen Fällen, namentlich solchen mit heftigen Neuralgien eine **alte Lues** bestand und im Verlauf mitspielte, da erst spezifische Behandlung die Neuralgien zu beseitigen vermochte. In dem vorgestellten Falle sind luetische Ulcera an den Beinen vorhanden, und die Wassermannsche Reaktion ist positiv.

13. Blumenthal demonstriert ein junges Mädchen mit **hysterischen Artefakten** an den Händen und an Brust und Gesicht. Die Wunden sitzen nur an Stellen, wo die Kranke mit der rechten Hand hinkommen kann.

14. Marcuse berichtet über den Verlauf des von ihm vor einigen Monaten demonstrierten Falles von gangränösem Ulcus der Lippen. Der Verlauf ist ein ganz anderer als anfangs vermutet werden konnte. Es hat sich akut ein schweres Krankheitsbild herausgestellt, welches in wenigen Wochen zum Tode führte, **akute Leukämie.**

Wechselmann berichtet den Endverlauf dieses Falles, der unter seinen Augen im Rudolf Virchow-Krankenhause erfolgte, sowie den Sektionsbefund. Es scheint sich nach dem Befund in der Leiche (Abscesse in der Milz) und nach dem Verlauf der Blutveränderung, den H. Hirschfeld mitteilte, um eine terminale Knochenmarksreizung vermutlich septischer Natur gehandelt zu haben, welche das lymphatischleukämische Blutbild zerstört hat und eine Vermehrung der polynukleären Leukocyten hervorgebracht hat. In den Leukocyten finden sich eigentümliche parasitenähnliche Gebilde.

Diskussion: Hoffmann empfiehlt die Silberimprägnation der Milz. Er demonstriert eine Moulage von einem früheren Falle, dessen Hauterscheinungen vornehmlich in Furunkeln und Nekrosen bestanden haben.

15. Beer demonstriert die **Dunkelfeldapparate** von Leitz und von Reichert.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 89, Heft 1. Januar 1908.

I. **Tinea albigena und die Züchtung ihres Pilzes,** von A. W. Nieuwenhuis-Leiden. Die oberflächlichen parasitären Hautkrankheiten, die bei den wenig bekleideten Stämmen des indischen Archipels so oft vorkommen, gehören zum Teil zu denjenigen, die auch in gemäfsigten Klimaten auftreten, wie z. B. Tinea circinata, Tinea imbricata. Auch die Tinea albigena beansprucht nicht nur vom wissenschaftlichen, sondern auch vom wirtschaftlichen Standpunkte aus das Interesse weiter Kreise.

Die klinisch wichtigsten Symptome, welche dieser Krankheit ihre selbständige Stellung verleihen, nämlich ihre Lokalisationen an den Handflächen und Fuſssohlen und die vollständige Entfärbung der angegriffenen Teile der Haut, bedingen neben ihrer groſsen Verbreitung ihre Wichtigkeit auf wirtschaftlichem Gebiete bei den indonesischen Völkern, da die Hohlhände und Fuſssohlen ihres Schwielenschutzes teilweise beraubt werden, und so das Arbeiten und Gehen sehr beeinträchtigt wird. Auch wird die Entfärbung unangenehm empfunden, und auch das Chronischwerden des Leidens ist eine unangenehme Beigabe, doch läſst sich durch Anwendung epiphytizider Mittel viel erreichen. Zuerst entsteht ein stark juckendes Knötchen, das in eine Blase von 3—4 mm Durchmesser übergeht, diese vertrocknet allmählich. In der Umgebung ist nur eine geringe Rötung, aber keine heftigere Entzündung zu bemerken, es treten dort aber später andere Bläschen hinzu. Unter der Fuſssohle vergröſsert sich die Blase immer mehr und diese Blasen jucken heftig und werden dann aufgekratzt. Die nun bloſsliegende, glatte, rote Schicht zeigt eine starke Neigung zum Eintrocknen und Verhornen, es entstehen Stellen mit einer dünnen Epidermisschicht. Die Krankheit hat wenig Neigung zum Heilen und beginnt oft auch in chronischer Form, es ist eine oberflächliche Dermatitis. Daſs auch die tieferen Schichten der Haut auf die Dauer in den Prozeſs bezogen werden, zeigt sich an den Veränderungen, das Verschwinden des Pigments. An anderen Körperstellen als an Händen und Füſsen tritt die Erscheinung sehr selten auf, auch die Nägel erkranken. Dagegen ist das symmetrische Auftreten an besagten Stellen die Regel. Die Ursache dieser Erscheinung ist folgende: 1. Besitzen Handflächen und Fuſssohlen keine Nerven und Blutgefäſse, die sich nur in ihnen verzweigen, was für eine Erklärung dieser Lokalisation als auf inneren Einflüssen beruhend notwendig wäre. 2. Breitet sich Tinea albigena auf die Dauer aus, ohne sich an das Verbreitungsgebiet bestimmter Nerven oder Blutgefäſse zu halten. 3. Ist die Krankheit zu verbreitet, um als Ursache für dieselbe eine Eigentümlichkeit der Konstitution oder trophische Störungen annehmen zu können. Es muſs sich daher um äuſsere Ursachen handeln, und gelang es auch dem Verfasser durch Impfung mit dem künstlich aus Nagelsubstanz einer Onychomykosis bei Tinea albigena gezüchteten Pilz, die Onychomykosis wieder zu verursachen und denselben Pilz aus diesem Nagel zu züchten. Der Vorgang, den die Tinea albigena der Hohlhand und Fuſssohle gibt, beruht also auf den physischen und chemischen Eigenschaften dieser Teile. Die mikroskopische Untersuchung ergab als wichtigstes Resultat das Vorhandensein einer sehr groſsen Anzahl Mycelfäden in den Krankheitsprodukten, der Pilz lieſs sich züchten, es handelt sich um eine Trichophytie.

II. **Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Atoxyl,** von Edvard Welander-Stockholm. An einer gröſseren Zahl von Patienten machte W. Atoxylinjektionen jeden zweiten Tag, er kam aber zu der Ansicht, daſs man, obschon man dem Atoxyl wirklich eine therapeutische Wirkung auf die Syphilissymptome zusprechen kann, doch mit unseren alten Mitteln, Quecksilber und Jod, in den allermeisten Fällen ein schnelleres und sichereres Resultat erzielt.

III. **Über Hautveränderungen bei Pseudoleukämie und Leukosarkomatose,** von C. Kreibich-Prag. Beschreibung eines Falles von leukämischen Tumoren der Gesichtshaut, im Blute fehlt die Vermehrung der weiſsen Blutkörperchen, dagegen besteht eine Vermehrung der Lymphocyten um 69%. Es handelt sich um Pseudoleukämie. Ein zweiter Fall betrifft eine Lymphosarkomatose. Der primäre Tumor saſs an der seitlichen Pharynxwand und griff auf die Umgebung über, die Lymphdrüsen wurden infiziert, auch die anderen Organe erkrankten ohne so ausgebreitete Verallgemeinerung wie bei Leukämie, die Magen- und Darmschleimhaut wurde flächenhaft infiltriert mit Verdickung und Verstarrung der Wand ohne Strikturbildung. Milz

und Leber waren nicht beteiligt, das Knochenmark nur herdweise erkrankt. Die Geschwulstzellen sind gröfser als Lymphocyten, der Kern ist blasser gefärbt, zeigt deutlichere Struktur, ist gröfser als der der kleinen Lymphocyten. Spontane regressive Erscheinungen fehlen. Aus den Untersuchungen ergibt sich ferner, dafs bei Lymphosarkomatosis häufiger eine Vermehrung der Lymphocyten stattfindet. Ein dritter Fall bietet folgendes Wesentliche: Vor zwei Jahren Auftreten einer über den ganzen Körper ausgebreiteten juckenden Erkrankung, ein halbes Jahr später Auftreten von Lymphdrüsentumoren am Halse und in den Achselhöhlen. Keine deutlichen Zeichen von Tuberkulose, keine Reaktion auf Tuberkulin; Lymphdrüsentumoren, in welchen Veränderungen gefunden wurden, die an die von C. Sternberg beschriebene eigenartige Tuberkulose erinnern, im Blute neutrophile Leukocytose, Hautveränderungen einer rezidivierenden papulösen Urticaria entsprechend, daneben weder persistierende Elemente urtikariellen noch „pseudoleukämischen Charakters“. Der Fall ist keine „lymphatische Pseudoleukämie“.

IV. **Über Erythrodermia desquamativa, eine eigenartige universelle Dermatose der Brustkinder,** von Carl Leiner-Wien. In den letzten fünf Jahren beobachtete Leiner 43 mal eine Krankheit bei Brustkindern, die er näher schildert. Die Kopfhaut ist mit Schuppen bedeckt, die besonders stark an Stirn- und Scheitelgegend vorherrschen, die Schuppen sind grauweifs, zeigen einen leichten fettigen Glanz und lassen sich meist leicht von der Haut ablösen. An den Stellen ist die Haut intensiv gerötet, glänzend, glatt. Die Veränderungen der Kopfhaut gleichen vollständig dem Ekzema seborrhoicum. Die Affektion breitet sich aber weiter aus, befällt aber selten die ganze Stirn, während das Gesicht sonst stark befallen wird, am stärksten die Augenbrauengegend. Die übrige Gesichtshaut ist gewöhnlich diffus gerötet, mit kleineren oder gröfseren Lamellen bedeckt; besonders auch an den Ohren, Hals und Nacken zeigen einen diffus roten Glanz. Der ganze Stamm ist gerötet und mit Schuppen bedeckt, nirgends besteht stärkeres Nässen, die Infiltration der Haut ist gering, die Haut gut faltbar und abhebbar, die Abschuppung durchwegs eine grofslamellöse. Auch die Extremitäten sind beteiligt ohne Unterschied der Streck- oder Beugeseiten. Die Dermatose geht nicht immer in Heilung über, sondern endet bisweilen sogar tödlich, so starben von L.s 45 Fällen 15, das ist also ein Drittel. Trotz fortdauernder Brustnahrung treten die Darmstörungen immer mehr in den Vordergrund und die Gewichtsabnahme schreitet fort infolge der profusen Diarrhoen. (Fortsetzung folgt.)

V. **Lymphangio-Endothelioma cutis abdominis,** von Fritz Juliusberg-Berlin. Verfasser beleuchtet die divergierenden Ansichten über die Definition des Endothelioma. Bei einem strittigen Endotheliom kann es sich nur darum handeln, ob sich nicht doch aus bestimmten Phasen des Wachstums der fertigen Geschwulst noch die sichere Beziehung der Elemente des Neoplasmas zu sicherem Endothel ableiten läfst. Das Wachstum des Endothelioms selbst zerlegt sich nun unter Umständen in einzelne morphologische unterscheidbare Etappen. Den Forderungen, an denen für die exakte Endotheliomdiagnose festgehalten werden mufs, ist für die in der Literatur niedergelegten Fälle von „Endotheliom“ keineswegs ausreichend genügt, und es findet das auch auf die Endotheliome der Haut Anwendung. Hierüber berichtet J. näher an der Hand einzelner Fälle der verschiedensten Autoren. (Fortsetzung folgt.)

VI. **Die Syphilis unter den Prostituierten in Lemberg,** von Jan Papée. Ein überwiegender Teil der Prostituierten, welcher 80—85 % der Gesamtzahl entspricht, unterliegt in dem Zeitabschnitt, in welchem sie ihr Gewerbe ausüben der luetischen Infektion. Unter den mit Syphilis infizierten Prostituierten finden sich 40 % mit rezenten Krankheitserscheinungen (breite Kondylome), obwohl beinahe in einem Drittel dieser Fälle die Dauer der Krankheit mehr als drei Jahre betrug, d. h.

über die Durchschnittsdauer des Frühstadiums der Syphilis hinausging. Von den mit Syphilis behafteten Prostituierten entfallen etwa 30% auf das erste bis dritte Erkrankungsjahr, welches Krankheitsstadium als das für das Gemeinwohl gefährlichste anzusehen ist. Bei 31% der an Lues Erkrankten waren seit 3½ Jahren keine Krankheitserscheinungen nachzuweisen; unter diesen waren wieder 17% überhaupt seit 3½ Jahren mit gar keinen venerischen Krankheiten behaftet.

Was die Zeit anbelangt, in welcher die Prostituierten die Krankheit erwarben, konnte festgestellt werden, daſs 25% die Krankheit vor der Eintragung in die Liste der öffentlichen Mädchen erwirbt oder sich im Anfangsstadium der Krankheit meldet, 50% erliegt der Infektion in den ersten zwei Jahren der Ausübung ihres Gewerbes. Was das Alter der Mädchen betrifft, welche sich im Frühstadium der Syphilis (vom ersten bis dritten Jahre) befinden, so waren darunter 37% in einem Alter von unter 20 Jahren, 42% in einem Alter von 20—25 Jahren. Die Anzahl der mit Syphilis behafteten registrierten Mädchen übertrifft nur um ein Geringes die Anzahl der syphilitisch Erkrankten unter den nicht registrierten, der Untersuchung uns gelegentlich zugewiesenen Mädchen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band XI, Heft 4. Januar 1908.

I. **Über den färberischen Nachweis des Gonokokkentodes,** von Ferdinand Winkler-Wien. Die Versuche von Metschnikoff und Plato haben gezeigt, daſs bei der Aufnahme von Neutralrot in lebende Zellen eine wirkliche intravitale Färbung zustande kommt, und daſs die Färbung mit Neutralrot unter gewissen Versuchsbedingungen einen Schluſs auf die Vitalität der betreffenden Gewebselemente gestatte. Verfasser sucht nun festzustellen, ob die intracellulär eingeschlossenen Gonokokken abgestorben oder ob sie als lebend aufzufassen sind. Aus den im Sinne von Ruzicka ausgeführten färberischen Versuchen lieſse sich vielleicht ein Schluſs auf die gonokokkentötende Kraft der zur Prüfung gekommenen Lösungen ziehen; jedenfalls müſste dann den zur Vorbehandlung verwendeten Silber- und Kupferpräparaten, sowie dem Chinin eine solche Wirkung zugeschrieben werden; dem Wasserstoffsuperoxyd, dem Zincum sulfocarbolicum und dem Hydrargyrum oxycyanatum kommt nach dieser Untersuchungsmethodik eine gonokokkentötende Wirkung nicht zu. Ferner erlauben die Versuche mit Rücksicht auf die Ergebnisse der Untersuchungen von Marcus, daſs sich bei der intravesikalen Neutralrotfärbung der Leukocyten nur intakte Leukocyten färben, während geschädigte ungefärbt blieben, auch einen Schluſs auf die allgemein schädigenden Einflüsse der in unserer Blennorrhoetherapie zur Verwendung kommenden Lösungen: man sollte prinzipiell danach streben, nur solche Lösungen zu verwenden, welche wie Largin, Sophol und Chinin zwar Gonokokken töten, aber nicht zellschädigend oder wie Protargol und Kupferlaktat nur in geringem Grade zellschädigend sind.

II. **Zwei kleine Mitteilungen für die Praxis,** von Axel Cedercreutz-Helsingfors. C. empfiehlt für die abortive Behandlung der Blennorrhoe 10 cm lange Guyonsche Sonden mit kleinen Knöpfen und relativ dicken Stielen, aus denen man bequem Injektionen von starken Protargollösungen an den vordersten Teil der Harnröhre machen kann. Ferner empfiehlt er eine Vereinfachung im Krankenjournal bei Krankengeschichten Luetischer.

III. **Nachtrag zu meiner Beobachtung über Glossitis saturnina,** von Max Joseph-Berlin. Verfasser weist auf eine Arbeit von H. Oppenheim über Zungenaffektion bei Bleivergiftungen hin, der bemerkt, daſs ihm die überaus maligne

Erkrankung der Mund- und Zungenschleimhaut von Interesse schien, und dem es nicht bekannt war, dafs eine derartige gangränöse Stomatitis und Glossitis überhaupt schon im Gebiete der chronischen Bleivergiftung beobachtet worden wäre.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VI, Heft 10.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Österreich, besonders in Galizien, von L. Sofer-Wien. Aus den Statistiken über die in Österreich mit ansteckenden Geschlechtskrankheiten behafteten Personen ergibt sich, dafs in den Jahren 1881—1890 28,3 % davon auf Galizien entfielen. Namentlich war die Landbevölkerung des südöstlichen Teiles Galiziens daran beteiligt. Als Ursache hierfür liefsen sich gewisse eigentümliche moralische Begriffe der dortigen Bevölkerung, ihr niedriger Bildungsgrad, die ziemlich verbreitete Trunksucht und der Mangel an ärztlicher Hilfe annehmen. Seitens des Ministeriums wurde das Epidemieverfahren eingeleitet, wonach die Entlohnung der Epidemieärzte aus Staatsmitteln erfolgt und die an Kranke abgegebenen Arzneien vom Staate bezahlt wurden. Jedem der neun Epidemieärzte wurde ein Ambulatorium bezw. ein Spital für Geschlechtskranke zugewiesen. Die Bevölkerung gewann Vertrauen zu der ärztlichen Behandlung, und mit der Heilung einer stets zunehmenden Zahl von Personen mufste auch die Übertragung der Krankheit auf andere seltener werden. Der Anteil Galiziens an der Gesamtsumme der Geschlechtskranken Österreichs ging von fast ein Drittel im Jahre 1881 in den Jahren 1901—1904 auf 23,2 % zurück.

Die Sexualethik des Herrn Dr. F. Siebert und Ethik als Wissenschaft. Eine prinzipielle Auseinandersetzung, von Hans Ferdy.

Ein prinzipieller Vorschlag als Antwort auf den Angriff des Herrn Ferdy, von F. Siebert-München. Beide Arbeiten enthalten eine Polemik mit Hervortreten persönlicher Anschauungen.

Heft 11.

Fragebogen dreier Enqueten, welche unabhängig voneinander zufällig gleichzeitig 1. von der neugegründeten Österreichischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 2. von der französischen Liga der Menschenrechte, 3. von einem russischen Dr. Tschlennof, erlassen werden.

Über das Ergebnis dieser Enqueten, die in hygienischer und sozialer Hinsicht viel Interesse bieten, wird in einer späteren Nummer dieser Zeitschrift berichtet werden.

Zur unentgeltlichen Behandlung Geschlechtskranker, von Kopp-München. Ähnlich dem Vorgehen des Berliner Polizeipräsidiums hat die Münchener Polizeibehörde angeregt, dafs jugendliche Anfängerinnen der Prostitution freiwillig und unentgeltlich von selbstgewählten Spezialärzten behandelt werden sollten; durch regelmäfsige Ausfüllung bestimmter Kartenformulare durch die Ärzte wäre dabei die Polizeibehörde über die Behandlung und den Verlauf der Krankheit zu benachrichtigen. Kopp steht diesem Vorschlage ablehnend gegenüber und will an Stelle der Behandlung durch Spezialärzte die Behandlung in der Kgl. Poliklinik für Hautkrankheiten bezw. im Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskranke im Krankenhause eingeführt sehen.

Kopp sieht weiter nicht in der polizeilich-sanitären Überwachung der Prostitution den Hauptfaktor in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, sondern will den Hauptwert auf eine zielbewufste Erziehung der Jugend zu gröfserer Selbstbeherrschung und zu einem gröfseren Verantwortungsgefühl gegen sich selbst und andere gelegt wissen.

Heft 12.

Das Merkblatt für sittlich gefährdete Frauen und Mädchen des Berliner Polizeipräsidiums und das Rettungswerk an Prostituierten, von A. Blaschko-Berlin. Nach dem Vorbilde des Merkblattes der D. G. B. G. hat das Berliner Polizeipräsidium ein Merkbüchlein verfassen lassen, in welchem die Mädchen auf die in Berlin bestehenden Vereine zur Unterstützung bedürftigter Mädchen hingewiesen werden und Aufklärungen über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten gegeben werden. Aufser einer Liste von Spezialärzten, welche sich zur unentgeltlichen Behandlung geschlechtskranker Mädchen bereit erklärt haben, enthält das Merkbüchlein einen Abschnitt, in welchem den Mädchen die ihnen bei Fortsetzung ihres Gewerbes drohenden gesetzlichen und polizeilichen Mafsnahmen vor Augen geführt werden.

Blaschko verhehlt sich nicht, dafs von diesem Büchlein viel Erfolg nicht zu erwarten ist, und führt im Zusammenhang hiermit in näherer Begründung aus, dafs das Rettungswerk an Prostituierten im Kampfe gegen die Prostitution nur eine geringe Rolle spielt, da die Rettungsarbeit nicht auf die Gesamterscheinung der Prostitution, sondern nur auf die Einzelprostituierte als Individuum einwirken kann.

Familienleben und Prostitution bei aufsereuropäischen Völkern, von Knochenhauer-Beuthen. Berichte von Beobachtungen des Verfassers auf seinen Reisen in Süd- und Äquatorialwestafrika, sowie in Ostasien. *Schourp-Danzig.*

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 12.

1. **Weitere Beiträge zur Bedeutung des Hautfarbstoffs nebst Bemerkungen über Leukoderma syphiliticum,** von F. B. Solger-Rostock. Im Anschlufs an drei frühere Arbeiten, in denen er die Bedeutung des Hautpigments als eines Schutzmittels gegen ultraviolettes Licht zu erweisen versuchte, zitiert S. aus Darwins Werk „Das Variieren der Tiere und Pflanzen“ weitere Beispiele aus der Tierwelt dafür, dafs die zerstörende Wirkung des ultravioletten Lichtes häufig erst dann zur Geltung kommt, wenn es sich mit einer anderen Noxe, speziell mit der Wirkung gewisser Pflanzengifte kombiniert, und dafs andererseits diese Gifte unschädlich bleiben, wenn es sich um stark pigmentierte Tiere handelt, also um Tiere, die durch ihr Hautpigment gegen das ultraviolette Licht geschützt sind.

Die Auffassung des Pigmentes als eines Schutzmittels wird erschwert, aber nicht widerlegt durch gewisse Beobachtungen an Tieren. So besitzen die wirbellosen und die niederen Wirbeltiere (Fische, Amphibien) in den unter dem Namen Chromatophoren bekannten Cutiszellen eine hochkomplizierte Einrichtung zur Erzielung plötzlichen Farbwechsels behufs Anpassung an die jeweilige Umgebung, besonders an die Farbe des Meeresgrundes. Diese Chromatophoren müssen natürlich Antagonisten des Epidermispigments sein, sie wirken, wenn sie sich kontrahieren, der Schutzvorrichtung der Epidermiszellen entgegen. Versuche Flemmings haben gezeigt, dafs die Chromatophoren bei Salamanderlarven, die in belichteten Gefäfsen bei warmer Temperatur aufgezogen werden, verkümmern; das ist begreiflich, da das Licht, das im Freien, unter natürlichen Verhältnissen, für die Salamanderlarven nur im Verein mit Wärme in Betracht kommt, einen Reiz zur Kontraktion der Chromatophoren, d. h. zur Anpassung an die helle Umgebung bildet.

An sich kann das Licht weder Pigment zerstören, noch erzeugen; die Bräunung der Epidermis bei Sonnenbestrahlung ist eine Reaktion des Organismus auf den Reiz des Lichtes. Auch andere Reize lösen eine solche reaktive Pigmentvermehrung aus, so die Schwangerschaft, manche Medikamente und zahlreiche Hautkrankheiten, die

häufig nicht nur zu einer stärkeren Bräunung der erkrankten Hautpartien, sondern auch zu dunklerer Färbung der ganzen Haut führen. Das hat S. in Fällen von Psoriasis und Lichen ruber wiederholt beobachtet, und zwar namentlich bei Frauen; diese reagieren, wie S. annimmt, infolge ihrer physiologischen Anlage auf Reize überhaupt intensiver mit Pigmentbildung. Stets hat die durch irgendwelchen Reiz erzeugte Pigmentierung ihren letzten Grund darin, daſs sie die geschwächte Epidermis durch Abhaltung des ultravioletten Lichtes vor einer weiteren Noxe schützt.

Beim Leukoderma syphiliticum handelt es sich nach S. um eine allgemeine, wenn auch graduell auſserordentlich verschiedene Zunahme der Pigmentierung, also um eine Pigmentsyphilis; das dunkle Netzwerk um die hellen Flecken ist sicher zuweilen tiefer tingiert als normal.

Nach Brandweiner scheinen die fast immer pigmentlosen Narben einen Locus minoris resistentiae für die Entwicklung maligner Neubildungen darzustellen. Das steht im Einklang mit der von Nevins Hyde statistisch erwiesenen Tatsache, daſs die Zahl der Carcinomfälle in den Staaten Nordamerikas mit überwiegend farbiger Bevölkerung niedriger ist als in den Staaten mit vorherrschend weiſser Einwohnerschaft.

Die praktische Folge unserer jetzigen Kenntnisse von der Wirkung des ultravioletten Lichtes sollte nach S. die sein, daſs in Krankenhäusern mit farbigen Fenstern oder Vorhängen, in den Krankenhäusern unserer Kolonien mit dem Gebrauch gelb gefütterter Anzüge methodisch Versuche gemacht werden.

2. **Primäre syphilitische Sehnervenentzündung in der Frühperiode,** von Ph. Ferdinand Becker-Frankfurt a. M. Daſs der Sehnerv schon in den frühesten Stadien der Syphilis spezifisch erkranken kann, ist den Syphilidologen weniger bekannt als den Ophthalmologen; heute, wo Atoxyl, ein für den Sehnerven anscheinend gefährliches Medikament, Eingang in die Syphilistherapie gefunden hat, ist die Kenntnis dieser Tatsache praktisch doppelt wichtig, da sonst Trugschlüsse möglich sind. Die Neuritis optica luetica ist nach Greef nächst der Iritis die häufigste von allen in der Frühperiode der Syphilis auftretenden Augenerkrankungen. Ihr Verlauf wird in der Regel als günstig bezeichnet; selbst bei nahezu völliger Erblindung kann die Behandlung in relativ kurzer Zeit zur Heilung führen. Nach Groenouw ist die Prognose um so besser, je kürzere Zeit nach der Infektion der Sehnerv erkrankt. Dauernde Erblindung scheint die Affektion nach den bisherigen Erfahrungen nicht zu bewirken, doch bleibt häufig genug das Bild der neuritischen Atrophie mit oder ohne Herabsetzung der Sehschärfe, Einschränkung des Gesichtsfeldes oder Verbreiterung des blinden Fleckes. In einem von B. beobachteten Falle, der genau beschrieben wird, handelte es sich um einen im Eruptionsstadium der Syphilis befindlichen, noch nicht antiluetisch behandelten, tuberkulösen, 50jährigen Mann, der zwölf Wochen nach der Infektion an einer spezifischen Entzündung des linken Sehnerven erkrankte; die Neuritis führte zu einer progressiven Abnahme der Sehschärfe bis auf $^6/_{36}$ und zur Atrophie des Sehnerven. Im elften Monat nach der Infektion erkrankte auch das rechte Auge unter sehr erheblichen Beschwerden; es wurde eine leichte Neuritis (Hyperämie der Papille) festgestellt, die durch eine antiluetische Kur zum Verschwinden gebracht wurde.

3. **Betrachtungen über Ichthyosis,** von A. Blaschko-Berlin. B. beobachtete in einem Falle von universeller Ichthyosis eigentümliche Linien, welche die Haut in ein System von Feldern teilten, die alle gröſser waren und eine andere Verlaufsrichtung zeigten als die normalen Hautfelder. Die ichthyotischen Linien unterschieden sich von den die gewöhnliche Hautfelderung begrenzenden Linien noch dadurch, daſs die Haut in ihnen nicht nach innen, sondern prominierend nach auſsen gefaltet war, daſs sie also keine Furchen, sondern Kämme darstellten. Vielleicht war die Ent-

stehung der grofsen Felder dadurch bedingt, dafs bei dem Kranken in den ersten Lebensjahren die Verhornung eine besonders intensive gewesen ist, dafs die Hornplatten einen aufserordentlichen Härtegrad besessen haben; dann mufsten die Bewegungen zur Bildung grofser Felder führen. Eine solche intensive Verhornung, die der obersten Hautdecke eine besondere Steifigkeit verleiht, würde auch die eigentümliche Erscheinung erklären, dafs die Zwischenpartien sich nicht nach innen, sondern nach aufsen eingefaltet haben. Eine Erklärung für die auffallende Verlaufsrichtung der Kämme weifs B. nicht zu geben.

Durch Bestrahlungen mit Quarzlampenlicht und sehr häufige Bäder mit nachfolgender Einreibung von Glycerinsalbe oder von Glycerin mit Wasser ‹ erzielte B. bei seinem Kranken ein aufserordentlich günstiges Resultat, das aber sofort wieder verschwand, wenn mit den Bädern und Einreibungen ausgesetzt wurde. Eine wirkliche Heilung der Ichthyosis ist nach B. überhaupt eine Unmöglichkeit; denn die Ichthyosis ist keine Krankheit, sondern eine Keimesvariation. Dafs sich der ichthyotische Zustand nicht schon in den ersten Lebensmonaten zeigt, liegt daran, dafs durch das tägliche Baden in dieser Zeit die Ansammlung härterer Hornmassen verhindert wird.

Die Ichthyosis war in dem beschriebenen Falle vom Grofsvater mütterlicherseits auf den Patienten übergegangen; alle anderen Familienglieder waren frei. Diese Vererbung mit Überspringen einer Generation ist ein Beweis für den Charakter der Anomalie, die als ein zufälliges Variationsprodukt, als eine vielleicht pathologische Menschenspielart, aufgefafst werden mufs. *Götz-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. XII, Nr. 1.

I. **Bemerkungen über Syphilistherapie,** von J. Bentley Squier-New York. Der Verfasser vertritt Fourniers Standpunkt bezüglich der chronischen Behandlung und vorsichtigen Prognose.

II. **Infantiles Kopfekzem,** von Edward De Monte Howland-Chicago. Hinweis auf die häufig dabei vorhandene Pediculosis capillitii. Neben lokaler Behandlung gibt der Verfasser innerlich Eisen mit Liquor Kalii arsenicosi.

III. **Chirurgische Behandlung der Atresia vaginalis et vulvaris,** von W. A. Newmann Dorland-Philadelphia.

IV. **Symptome und Behandlung der blennorrhoischen Arthritis,** von Edward Adams-New York. Die blennorrhoische Arthritis umfafst zwar meistens das Kniegelenk, ist aber keine monoartikuläre Affektion. Sie befällt nicht nur Männer, sondern auch Frauen und Kinder. Die besten therapeutischen Erfolge gibt die Behandlung mit aktiver und passiver Hyperämie; die Anwendung des Antigonokokkenserums ist empfehlenswert.

V. **Pyelitis und Pyonephritis während Schwangerschaft und Wochenbett,** von Simon Strauss-New York.

VI. **Chirurgische Behandlung von blennorrhoischen Eiterungen im weiblichen Becken,** von Abram Brothers-New York.

VII. **Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Arthritis,** von Alfred N. Baer-Milwaukee. In einem Drittel aller Fälle ist das Kniegelenk Sitz des Leidens, welches am günstigsten durch die Behandlung mit Bierscher Hyperämie beeinflufst wird. Unterstützend wirken Kompressen mit 2 %iger Ichthyollösung. In Fällen, welche mit Pyämie kompliziert sind, empfehlen sich intravenöse Injektionen von 2 %iger Silbercolloidallösung.

VIII. **Verschiedene Formen der Vulvovaginitis bei Kindern und ihre Behandlung,** von Otto Maier-New York. Der Verfasser unterscheidet bei Vulvovaginitis die Leukorrhoe, die einfache eitrige Vulvovaginitis und die blennorrhoische. Bei der letzteren empfiehlt M. neben Diät und Spülungen mit Sublimat- oder Kalium permanganicum-Lösungen innerlich Hexamethylentetramin 0,12 g zweimal täglich oder Methylenblau 0,03 dreimal täglich zu verabreichen.

IX. **Extragenitale Primärsklerosen. Bericht von unveröffentlichten Fällen,** von William Frick-Kansas. Fälle von Initialsklerosen an Lippen, Zunge, Tonsillen, Nasenspitze, Handrücken und Bauchhaut.

X. **Die Behandlung des Diabetes,** von Davis L. Field-Jeffersonville. Geschichtlicher Rückblick auf die Diabetestherapie.

XI. **Moderne Syphilisbehandlung,** von Sidney J. Eichel-Evansville. Nichts Neues.

XII. **Neue Methode der Entfernung von Papillomen der Harnröhre,** von Ernest G. Mark-Kansas. Nach Kokainisierung wird ein Aëro-Urethroskop in die Harnröhre eingeführt und die Harnröhre mit Luft aufgeblasen. Unter Führung des Auges wird nun das Urethroskop gegen die Papillome geschoben und man kratzt diese mit dem Rande weg, ohne dafs eine bemerkenswerte Blutung entsteht. Danach werden die papillomatösen Stellen noch mit Trichloressigsäure geätzt.

XIII. **Methodische Untersuchung der Geschlechtskranken,** von Thomas L. Disque-Pittsburg. Nichts Neues.

XIV. **Ein Fall von traumatischer Harnröhrenstriktur,** von T. Proctor Hall-Vancouver.

XV. **Betrachtungen über die Behandlung der Blennorrhoe,** von Charles W. Bonney-Philadelphia. Die stets ernst zunehmende Krankheit erfordert gewissenhafte Behandlung.

XVI. **Diagnose und Behandlung der Blennorrhoe der Frau,** von Simon L. Elsner-Rochester. Wichtigkeit mikroskopischer Untersuchung und energischer Behandlung. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

Februar 1908.

Teleangiektasien der Haut, bei Individuen mit Gravesscher Krankheit vorkommend, von James Nevins Hyde-Chicago. Neben den klassischen Symptomen der Basedowschen oder Gravesschen Krankheit, wie Tremor, Vergröfserung der Schilddrüse, Tachycardie, Exophthalmus, nennt Verfasser noch andere Erscheinungen, welche die Haut betreffen und während der Hauptsymptome oder nachdem dieselben verschwunden sind, hervortreten: Pruritus, Hyperidrosis und Hydrocystoma, Sklerodema, Myxoedema und schliefslich Teleangiektasien. Er führt vier Fälle seiner eigenen Praxis an, wo letztere, besonders im Gesicht, während der Krankheit oder nachdem deren Hauptsymptome zurückgetreten waren, zur Beobachtung kamen. In sämtlichen Fällen handelte es sich um weibliche Patienten im Alter von 24—57 Jahren. Die Hautveränderungen waren im allgemeinen von purpurroter Farbe und hauptsächlich über das Gesicht verbreitet; in einem Falle war die die Schilddrüse bedeckende Haut befallen, in einem anderen waren die Teleangiektasien über die ganze Oberfläche des Körpers zerstreut. Die hier beschriebenen Hautsymptome sind für Hyde zweifellos innig zusammenhängend mit der allgemeinen Zirkulationsstörung, die im Verlaufe von Gravesscher Krankheit die Regel ist; er findet es eher auffallend, dafs diese Folgen hohen arteriellen Druckes nicht häufiger und konstanter in Er-

scheinung treten. Verfasser möchte daher auf diese Hautsymptome wegen ihrer diagnostischen Bedeutung aufmerksam machen, da zuweilen beim Basedow die Schilddrüsenschwellung keine sehr bedeutende ist und leicht Irrtümer in der Diagnose vorkommen.

Lupus-Carcinoma, von James H. Sequeira-London. Dafs Carcinom auf Lupus vulgaris sich entwickeln kann, war bereits Alibert, Rayer, Devergie bekannt. Baya sammelte im Jahre 1887 42 derartige Fälle und in der erschöpfenden Arbeit von Ashikara (1901) wird über 122 Fälle aus der Literatur und drei an der Breslauer Klinik beobachtete Fälle berichtet. Verfasser nimmt im allgemeinen an, dafs Epithelioma auf Lupus vulgaris in etwa 2 % der Fälle vorkommt; er selbst hat während der verflossenen 7½ Jahre 964 Kranke mit Lupus und darunter 14 Fälle mit Epitheliom gesehen, d. i. in 1,5 %. Von diesen 14 Fällen waren zehn männlichen und vier weiblichen Geschlechts; das ist auffallend, da Lupus vulgaris bei Frauen viel häufiger wie bei Männern ist. Das durchschnittliche Alter der Patienten bei Beginn der malignen Neubildung war 42,7 Jahre, beim männlichen Geschlechte 36, beim weiblichen 46 Jahre. Die Art der vorhergehenden Behandlung schien wenig Einflufs bezüglich der Prädisposition zu haben; drei der Patienten waren mit X-Strahlen behandelt worden, welche bekanntlich nun gerne als Carcinom verursachend beschuldigt werden; Verfasser kann dies aber nicht zugeben. In sechs der Fälle, wo sich ein sekundäres Epitheliom entwickelte, handelte es sich um das, was „roter Lupus“ — ein sehr chronischer Typus — genannt wird, in den übrigen Fällen schien es sich vom Narbengewebe aus zu entwickeln. Die Wange war in sieben Fällen, Wange und Nacken in zwei Fällen Sitz der Geschwulst, in einem Nase usf.; in keinem Falle war die Schleimhaut primär affiziert. Was die Behandlung betraf, so wurde, wo immer möglich, der Tumor ausgiebigst exzidiert und die Basis mit X-Strahlen nachbehandelt; zwei der Fälle sind drei und einer 1½ Jahre nun ohne Rezidive, sieben sind gestorben, und zwar am raschesten einer vor Umlauf eines Jahres, drei Patienten wurden aus dem Gesicht verloren, zwei befinden sich noch in Behandlung. Tabellarische Übersicht der 14 Fälle. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1908. Heft 2.

Albuminurie und Scabies, von J. Nicolas und A. Jambon. N. und J. haben die Frage nach dem Vorkommen von Albuminurie bei den Krätzigen einer gründlichen Untersuchung unterworfen. Dafs man im Urin von Krätzekranken nicht selten Eiweifs findet, war schon längst bekannt; die Verfasser geben sich die Mühe, in einem kurzen Abrifs die einschlägige Literatur vorzuführen. Aber ihnen kommt doch unbedingt das Verdienst zu, für alle folgenden Untersuchungen in dieser Frage einen festen Boden geschaffen zu haben.

Sie fanden in 101 Fällen 16 mal Eiweifs im Harn. Die Fälle betrafen beide Geschlechter und jedes Alter. Der Eiweifsbefund lag nicht innerhalb der physiologischen Breite, sondern war unbedingt pathologischer Natur, denn er liefs sich mit den gewöhnlich geübten Verfahren nachweisen. Er war auch nicht etwa eine Folge der Scabiesbehandlung und der damit verbundenen Hautreizung, denn das Eiweifs war schon vorhanden, ehe eine Behandlung eingeleitet wurde. Meistens schwand es wieder mit der Ausheilung der Krätze, jedoch kamen auch Fälle vor, wo es als Symptom einer mehr oder weniger schweren Nephritis bestehen blieb.

Zum Schlufs wird die Frage nach dem Zusammenhang von Scabies und Albuminurie erwogen. Nach Erörterung aller bisher aufgestellten Theorien geben die

Verfasser ihre Meinung dahin ab, daſs verschiedene Ursachen im Spiele sein mögen, indem bald im Verlauf der Krätze und durch sie eine richtige infektiöse Nephritis zu stande kommt, bald nur auf dem Wege des Reflexes, von der Hautreizung ausgelöst, eine Störung in der Zirkulation der Niere oder in der Tätigkeit ihres Epithels erfolgt.

Über die Bedeutung der väterlichen, bezw. der mütterlichen Syphilis für die Heredo Syphilis, von Carle. C. teilt den Standpunkt vieler neuerer Forscher, daſs die mütterliche Syphilis für das Kind viel gefährlicher sei als die des Vaters. Ein syphilitischer Mann kann ganz wohl gesunde Kinder erzeugen, solange die Mutter von der Krankheit verschont bleibt. Zum Beleg dieses Satzes bringt C. auſser fremden Mitteilungen drei eigene Beobachtungen, die alle drei einwandsfrei erscheinen. In diesen drei Fällen, die nach verschiedenen Richtungen hin sehr viel des Interessanten bieten, hatten die Männer bei deutlich vorhandenen sekundären Symptomen geheiratet und, ohne die Frauen anzustecken, Kinder gezeugt, die im Alter von 1½—2 Jahren — so weit reicht die Beobachtung — noch völlig gesund waren.

Mit andern Forschern folgert C. aus solchen Tatsachen, daſs die mütterliche Syphilis der Nachkommenschaft im allgemeinen viel gefährlicher ist, als die des Vaters, und daſs man mit der Heiratserlaubnis luetischen Frauen gegenüber viel strenger sein, eine gewisse Reihe symptomfreier Jahre verlangen müsse, als luetischen Männern gegenüber.

Technik der Herstellung der Gelatine-Zucker-Nährböden, des sogenannten „Milieu d'Epreuve", von R. Sabouraud. Enthält eine genaue Angabe zur Herstellung des Nährbodens, den Sabouraud zum Studium der kryptogamen Dermophyten, besonders des Trichophyton angibt.

Ein Fall von phagadaenischem Syphilid. Heilung durch chirurgischen Eingriff, von Cl. Simon. Die 22jährige Patientin hatte sich im August 1906 eine Syphilis zugezogen, die nur ungenügend behandelt wurde. Am 12. November 1907 kam sie mit einem syphilitischen Geschwür am linken Gesäſs zur Aufnahme. Dieses Geschwür griff trotz aller Behandlung sehr schnell um sich und bedrohte den Mastdarm. Heilung erfolgte rasch, nachdem man es gründlich mit dem Messer entfernt hatte.

Die Untersuchung der ausgeschnittenen Gewebsteile ergab histologisch einen phlegmasischen Prozeſs mit vorherrschender Nekrose; bakteriologisch blieb es zweifelhaft, ob der Streptococcus überhaupt und ob er allein bei dem Prozeſs in Frage kam. Von der Spirochaeta pallida findet sich nichts erwähnt.

Ein Fall von Heredo-Syphilis lingualis praecox, von Prosper Merklen. Der kleine Patient, der mit 13 Monaten an einer Gastro-Enteritis zugrunde ging, war vom Vater her erblich syphilitisch belastet. Auf dem Zungenrücken befanden sich sieben längliche, scharf umgrenzte Herde, von einem dunklern Rot als der normale Zungengrund ihn aufwies; auch fehlten ihnen die Papillen, so daſs ihre Oberfläche ganz glatt aussah. Es handelte sich demnach um eine Glossitis depapillans, eine Form, die in diesem jugendlichen Alter sehr selten ist. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1907. Band II, Heft 22.

1. Behandlung der Urethritiden durch Ionisierung mit Silber, von Melun-Bukarest. M. hat die Ionisierung, die zuerst von Stephan Leduc empfohlen wurde und bei verschiedenartigen Krankheiten gute Resultate ergab, in Form der Silber-Ionisierung bei chronischen Urethritiden mit sehr bemerkenswertem Erfolge ange-

wandt. Er benutzt zu diesem Verfahren eine gerade, aus Hartgummi hergestellte, hohle Sonde, deren Schaft von zahlreichen kleinen Löchern durchbohrt ist. Im Inneren befindet sich ein Silberdraht, der nahe am äufseren Ende der Sonde durch ihre Wandung hindurch nach aufsen tritt. Die Sonde, die durch einen Hahn verschlossen ist, wird so weit eingeführt, dafs die Harnröhre die ganze durchlochte Partie bedeckt. Während nun der Kranke oder ein Assistent das Orificium urethrae fest an die Sonde andrückt, werden durch den Hahn hindurch 10 g einer 1—2%igen Höllensteinlösung in den Hohlraum der Sonde eingespritzt; dann wird der Hahn geschlossen. Der Silberdraht wird mit dem positiven Pol eines guten galvanischen Apparates verbunden, der negative Pol irgendwo am Körper aufgesetzt, der Strom ganz langsam auf 30 bis 40 Milliampère verstärkt und 15—30 Minuten lang appliziert. Der Strom zersetzt die Höllensteinlösung und bewirkt, dafs die Silberionen in das Gewebe der Drüsen und der Schleimhaut eindringen. — Mit diesem Verfahren hat M. in drei Fällen von chronischer Urethritis, die alle drei schon aut die verschiedenste Art ohne definitiven Erfolg behandelt worden waren, Heilung erzielt. In einem Falle verband er den galvanischen Strom mit Hilfe des Kombinators von Watteville mit dem faradischen Strom, um durch diesen die Drüsen gleichsam zu massieren und zur Entleerung zu bringen.

2. **Cyste des Nebenhodens als spät aufgetretene Komplikation einer wegen Hydrocele vorgenommenen Umdrehung der Vaginalis**, von Raymond Bonneau. Bei einem 40jährigen Manne, bei dem wegen rechtsseitiger Hydrocele die Vaginalis eröffnet und umgestülpt worden war, wurde fünf Wochen nach der Operation über dem rechten Hoden ein mandarinengrofser, prall-elastischer, durchscheinender, von vollständig farbloser Flüssigkeit gefüllter Tumor gefunden. Es handelte sich um eine Cyste des Nebenhodens oder der untersten Samenstrangpartie, hervorgegangen aus einem Überbleibsel des Wolffschen Apparates; sie ist, zweifellos infolge der an der Vaginalis vorgenommenen Operation, ganz akut entstanden, während sich derartige Cysten sonst aufserordentlich langsam entwickeln.

Bei der Entfernung der Cyste zeigte sich, dafs die Vaginalis zu einer wulstförmigen Masse geworden war, die sich nach der einen Seite auf den Hoden, nach der anderen auf den Samenstrang fortsetzte; das bei der ersten Operation verwendete Katgut war vollständig resorbiert. Die Oberfläche des Hodens und des Nebenhodens war durchaus bedeckt von ganz zarten, weichen Granulationen, die sich in dem Fett unterhalb der Tunica dartos verloren. — Die Umstülpung der Vaginalis zur Beseitigung der Hydrocele ist nach dem bei dieser Autopsie gemachten Befunde entschieden zu empfehlen; zur Naht der umgekehrten Vaginalis nicht resorbierbares Material an Stelle des Katguts zu verwenden, erscheint unnötig.

Heft 23.

Nahtmaterial und seine Sterilisierung untersucht an der Naht der Niere, von Giuseppe Bolognesi-Bologna. Aus dem Italienischen übersetzt von Emile Legrain. B. bringt im ersten Teile seiner Arbeit eine Zusammenstellung der bisherigen Literatur über die verschiedenen Arten von Nahtmaterial und ihre Sterilisierung; die einschlägigen Arbeiten — 122 an Zahl — führt er in einem Register einzeln auf.

Um festzustellen, ob die Verwendung verschiedenartigen und auf verschiedene Weise sterilisierten Nähmaterials anatomische Unterschiede bedingt, hat B. eine Reihe von Tierversuchen angestellt, über die er im 2. Teile seiner Arbeit ausführlich berichtet. Er hat bei Kaninchen eine Niere blofsgelegt und gespalten und die Wunden mit Katgut, Seide, chinesischen Pflanzenfasern, Kupfer- oder Silberdrähten vernäht. Katgut war durch längeres Einlegen in alkoholische Jod-Jodkaliumlösungen oder in

Sublimatlösung oder in absoluten Alkohol sterilisiert, ebenso zum Teil die Seide und die Pflanzenfasern; die Silber- und Kupferdrähte und ein Teil der Seide und der Pflanzenfasern war durch Auskochen keimfrei gemacht. Bei keinem der Versuche verursachte das Nahtmaterial eine Eiterung; das makroskopische Aussehen der genähten Wunden war bei allen Tieren so ziemlich das gleiche. Mikroskopisch fand sich in allen Fällen rings um die Nähte anfänglich kleinzellige Infiltration, in späteren Stadien neugebildetes Granulations- und Bindegewebe. Außerdem aber war in den Nieren, die mit Kupfer- oder Silberdrähten oder mit chemisch sterilisierten Katgut-, Seiden- oder Pflanzenfäden vernäht worden waren, kalkige Entartung, Bildung von Kalkinfarkten, Verkalkung zahlreicher Harnkanälchen nachzuweisen. Diese kalkige Entartung fehlte in den Fällen, in denen zur Naht ausgekochte Seidenfäden oder Pflanzenfasern verwandt worden waren. Verursacht war die kalkige Entartung zweifellos durch die mit den Fäden in die Nieren eingebrachten antiseptischen Stoffe oder durch die Metalldrähte selbst. — Von Interesse ist, daß B. in einigen Fällen Neubildung von Harnkanälchen beobachtet hat.

Irgendwie bedenklich erscheint die von B. festgestellte Kalkbildung nicht, wenigstens wenn es sich um vorher gesunde Nieren handelt. Bei Tieren, die länger gelebt hatten, waren Kalkinfarkte nicht mehr deutlich nachzuweisen. Jedenfalls aber erscheint es nach dem Ergebnisse der Versuche geraten, zur Sterilisierung des Nähmaterials benutzte chemische Stoffe vor der Verwendung der Fäden möglichst sorgfältig zu entfernen.

Heft 24.

1. **Hypernephrome der Niere,** von Tédenat-Montpellier. Kurze Mitteilungen über die zuerst von Grawitz als Strumae renales lipomatodes beschriebenen, von Birch-Hirschfeld Hypernephrome genannten Tumoren der Nieren, die aus versprengten, unter der fibrösen Nierenkapsel gelegenen Nebennierenkeimen hervorgehen. T. selbst beobachtete zwei einschlägige Fälle, die er am Schlusse seiner Arbeit beschreibt.

2. **Überzähliger, in die Scheide mündender Ureter. Uretero-Neocystostomie. — Heilung,** von E. Desnos. D. eröffnete bei einem 17jährigen Mädchen mit überzähligem, in die Vagina mündenden Ureter die Blase mittels Sectio alta, inzidierte die Blasenwand hinten unten entsprechend dem Verlaufe des überzähligen Ureters, den er sich durch eine eingeführte Sonde kenntlich gemacht hatte, präparierte den Kanal frei und schnitt ihn am unteren Ende der ca. 1 cm langen Inzision der hinteren Blasenwand quer durch. Der periphere Stumpf wurde wie eine Arterie mit Katgut unterbunden, das Ende des zentralen Teils mit der Blasenschleimhaut vernäht. Nach einigen Zwischenfällen erfolgte Heilung, die Inkontinenz war beseitigt.

1908. Band I, Heft 1.

1. **Angeborene und erworbene Mißbildungen der Urethra,** von J. Escat-Marseille. Beschreibung von vier ganz verschiedenartigen Mißbildungen der Urethra, die sich alle aus angeborenen und erworbenen Veränderungen zusammensetzten.

Der erste Fall betraf einen 5jährigen Knaben, bei dem sich rings um die vordere Partie des Penis eine mandarinengroße fluktuierende Geschwulst gebildet hatte. Sie wurde an ihrer unteren Fläche eröffnet, der Inhalt war eine große Menge eitrigen Urins. Nach der Entleerung schrumpfte die Geschwulst zu einem nußgroßen Sack zusammen, der sich als hodensackähnliches Anhängsel der unteren Seite des Penis darstellte; seine Innenfläche war von Schleimhaut ausgekleidet, aus der Wunde floß dauernd Urin ab. Der Sack wurde abgetragen; er war die Ausstülpung eines angeborenen Divertikels des vordersten Harnröhrenabschnittes. Der Divertikel verlief längs der unteren Fläche des Penis und kommunizierte mit der normalen Urethra

durch eine kleine Fistel der Peniswand; sein mittlerer Teil war durch den eingedrungenen stagnierenden Urin sackförmig vorgewölbt worden. Die Fistel wurde durch einen aus der Schleimhaut des Sackes gebildeten Pfropf verschlossen; der Erfolg der Operation war ein vollkommener.

Bei einem 18jährigen Menschen fand E. an der Übergangsstelle der Skrotal- in die Perinealhaut einen hühnereigroſsen Absceſs, der aus einem angeborenen, haselnuſsgroſsen Tumor entstanden war; der Tumor war nach jeder Harnentleerung angeschwollen und hatte sich durch Druck stets ohne Schwierigkeit in die Urethra entleeren lassen. Der Absceſs wurde eröffnet; er enthielt eine überraschend groſse Eitermenge und formte sich nach der Entleerung zu einem Sack um. Das Innere dieses Sackes war von Schleimhaut ausgekleidet, die alle makroskopischen Charaktere der Blasenschleimhaut aufwies; bei jeder Miktion floſs aus der Wunde tropfenweise Harn ab. Eine Sonde konnte 3 cm weit nach oben eingeführt werden, gelangte aber nicht bis in die Urethra. Bei der vorgenommenen Operation zeigte sich, daſs der Sack in einen langen, immer enger werdenden Kanal überging, der rechts auſsen von der Urethra, durch eine fibröse Scheide von ihr getrennt, nach oben gegen das Schambein zu verlief; beim Versuche, ihn vollständig freizulegen, riſs er dicht unter dem Schambein ein, die Einmündungsstelle in die Urethra konnte nicht gefunden werden. Der Stumpf wurde mit Katgut unterbunden, es erfolgte dauernde Heilung. — Der Kanal war ein angeborener Divertikel der Pars posterior urethrae; er muſste, insbesondere nach dem Ergebnis der histologischen Untersuchung des exstirpierten Stückes, als teilweise persistierender Müllerscher Kanal aufgefaſst werden.

Bei einem 55jährigen Geistlichen, der seit mehr als 12 Jahren an starken, immer heftiger werdenden Harnbeschwerden, an häufigem, schmerzhaftem Harndrang litt, sehr oft in zwei Zeiten urinierte und in den letzten Jahren beim Versuche, den Harndrang zu unterdrücken, wie auch nach scheinbarer Beendigung einer spontanen Miktion unfreiwilligen Harnabgang beobachtete, fand D. neben einer kompletten Phimose Atrophie der Prostata und in der Pars anterior urethrae drei ausgedehnte, sehr enge Strikturen, von denen die hinterste vor dem Bulbus ihren Sitz hatte. Der Urin, der Blut und Eiter enthielt, entleerte sich auch bei der Katheterisierung häufig in zwei Zeiten: zwischen einem eingelegten Verweilkatheter und der äuſseren Harnröhrenmündung kam dicker, stinkender Eiter in groſser Menge zu Tage. Der Versuch, die Striktur durch Bougies zu dilatieren, miſslang; der Kranke bekam Fieber, der Eitergehalt des Harnes wurde stärker. Da auch durch Spülungen mit Borwasser und Injektionen von Höllensteinlösung und Jodoform-Guajakol eine Besserung nicht erzielt werden konnte, wurde die Urethrotomia interna ausgeführt, die aber gleichfalls erfolglos blieb. Als sich der Allgemeinzustand des Patienten verschlimmerte, entschloſs E. sich zur Urethrotomia externa. Bei der Operation zeigte sich, daſs der hinter der Striktur gelegene Teil der Harnröhre enorm dilatiert und verlängert war; der Bulbus und die ganze Pars posterior urethrae bildeten einen mindestens 12 cm langen Sack, der mit stark eiterhaltigem Urin gefüllt und nach vorn durch die Striktur wie durch einen Sphinkter abgeschlossen war; das Gewebe der Prostata war atrophiert, die Prostata stellte sich ebenfalls als ein Sack dar. Der Blasenhals war dilatiert, der Blasensphinkter zu einem diaphragmaähnlichen Gebilde umgestaltet, das die Blase nicht verschlieſsen konnte. Der Kranke wurde bald nach der Operation komatös und starb am zwölften Tage unter den Erscheinungen einer akuten Nephritis. E. glaubt, daſs in diesem Falle eine angeborene Harnröhrenverengerung vorhanden gewesen ist, die durch entzündliche Veränderungen blennorrhoischer oder anderer Natur verschlimmert wurde und dann zur Entstehung der Dilatation führte.

Im vierten Falle handelte es sich um einen Patienten mit einer Art Inversion

der Glans in dem Sinne, dafs das Frenulum nach oben stand, und mit angeborener Verengerung des Meatus und des vordersten Teiles der Harnröhre bis zur Fossa navicularis. Der Kranke hatte sich mehrfach blennorrhoisch infiziert und aufserdem vor $1^1/_2$ Jahren durch einen Fall auf die linke Seite eine schwere, von zweitägiger Hämaturie gefolgte Verletzung des Beckens erlitten. Fünf Monate nach dem Trauma war die Harnentleerung sehr schmerzhaft und sehr häufig geworden, einmal war komplette akute Harnretention aufgetreten. E. konstatierte, abgesehen von den kongenitalen Mifsbildungen eine Verengerung im Bulbus, chronische Prostatitis und Periprostatitis und starke Trübung des Urins; die Einführung eines Katheters in die Blase machte aufserordentliche Schwierigkeiten. E. erweiterte den Meatus mit dem Galvanokauter und führte dann die Urethrotomia externa aus. Nach Inzision des Bulbus entleerte sich dicker Eiter; die Pars membranacea und die Pars prostatica urethrae waren stark erweitert, sie bildeten eine grofse Kaverne. Die Wandung der Urethra war im Gebiete dieser Dilatation zerstört, am stärksten alteriert war die obere Harnröhrenwand; dadurch erklärte sich die grofse Schwierigkeit der Einführung von Kathetern. Der Erfolg der Operation war ein sehr guter; es gelang allmählich, ziemlich dicke Bougies einzuführen. Nach einer Unterbrechung der Dilatationskur war die Katheterisierung mehr als ein Jahr lang unmöglich; die Blase entleerte sich dabei sehr gut, doch bestand partielle Inkontinenz. Später bildete sich noch ein Abscefs der rechten Samenblase, der vom Rektum aus inzidiert wurde. In der Folge gelang auch die Katheterisierung wieder, der Kranke genas vollständig.

2. **Blennorrhoische Knoten in den Nebenhoden durch interstitielle Thiosinamininjektionen gebessert,** von Paul Delbet. D. fand bei einem 17jährigen Menschen in dem Nebenhoden als Folge einer überstandenen Blennorrhoe zwei Knoten, die druckempfindlich waren und spontan ungewöhnlich starke Schmerzen verursachten. D. injizierte in die Knoten fünfmal fünf bis zehn Tropfen einer 10%igen Thiosinaminlösung; die Einspritzungen waren schmerzhaft und bewirkten eine leichte, rasch vorübergehende Schwellung der Nebenhoden. Der Erfolg der Behandlung war, dafs die Knoten etwa um die Hälfte kleiner wurden und die Schmerzen vollständig verschwanden.

Götz-München.

Annales des Maladies vénériennes.

Band III, Heft 1. Januar 1908.

I. **Über Angiocholitis syphilitica,** von A. Courcoux und L. Ribadeau-Dumas. Die Beteiligung der Gallenblase an der Syphilis ist nicht so selten, selbst Spirochäten sind im Ductus choledochus und in der Gallenblase schon wiederholt gefunden worden. Besonders bei hereditärer Syphilis ist die Leber und die Gallenblase oft ein Hauptsitz der Erkrankung. Schon früher war beobachtet worden, dafs einzelne Gummen von Galle gefärbt erschienen, auch die Verfasser konnten dieses feststellen, auch konnten sie nachweisen, dafs die Syphilis Anfangserscheinungen in den Wänden der Leberkanäle und der Gallenblase erzeugen kann und dafs somit eine richtige Angiocholitis besteht. Man kann auch klinisch eine luetische Angiocholitis schildern, die sich äufsert in Ikterus, heftigen Schmerzen in der Lebergegend mit Ausstrahlung nach der Schultergegend. Bei der tertiären Syphilis hat schon Riedel eine Form von luetischer Cholecystitis mit oder ohne Ikterus beschrieben, letztere Form ist die häufigere, die Kranken klagen dann über heftige Schmerzen im rechten Unterleib, Fieber und starkes Erbrechen. Dieser Zustand hält dann drei bis vier Tage an und kann sich in regelmäfsigen Abständen wiederholen. Antiluetische Therapie bewirkt dann, nach Erkennung des Leidens, schnell Heilung.

II. **Über Knochenerkrankungen bei quaterner hereditärer Syphilis,** von Gaucher und Lévy-Bing. Es ist bewiesen, daſs bei der tertiären hereditären Syphilis eitrige Knochenentzündungen vorkommen, deren klinische Erscheinungen sich mit denen tuberkulöser Ostitiden decken und deren Diagnose erst durch den Heilerfolg einer antiluetischen Behandlung bestätigt wird. Ebenso steht es bei der quaternen oder Parasyphilis, auch hier kommen Erkrankungen der Knochen und Gelenke vor, die als tuberkulöse imponieren bei Leuten, die unscheinbare Zeichen von hereditärer luetischer Dystrophie zeigen; besonders bei Kindern mit weiſsen Tumoren, Toxalgie. Bei einer groſsen Zahl solcher Kinder mit dem typischen Aussehen einer hereditärluetischen Belastung konnten die Verfasser solche Knochenleiden beobachten, unter 153 Kindern im Berckschen Krankenhaus waren 30, die hereditäre Luessymptome zeigten, ähnlich war der Prozentsatz in anderen Krankenhäusern, alle zeigten zahlreiche Dystrophien, wie Sattelnasen, Knochenauftreibungen, Gaumendefekte, Ohrenfehler, Hydrocephalus, Zahnfehler, Venenektasien an den Schläfen, Exostosen, chronische Hydarthrosen, Daktylitis, Keratitiden usw., vor allem auch oft Strabismus. Verfasser sind nach ihren Beobachtungen der Ansicht, daſs die hereditäre Syphilis in der zweiten und dritten Generation ein wesentlicher Faktor für die eitrigen Knochen und Gelenkaffektionen bei Kindern ist.

III. **Über Spätformen der Plaques muqueuses,** von Gaucher und Paul Camus. Die Plaques muqueuses erscheinen in den meisten Fällen schon früh im Gefolge der Roseola in der Sekundärperiode der Syphilis und bleiben mit Pausen während dieser ganzen Zeit bestehen, ausnahmsweise aber erscheinen sie erst jahrelang nach dem Auftreten des Primäraffekts. Zufällig sahen Verfasser in der Klinik vier Fälle in kurzer Zeit, wo diese Spätform auftrat, über welche sie eingehend berichten.

IV. **Ein Fall von Schanker im Naseninnern,** von M. Bloch und Nathan. Beschreibung eines extragenitalen Schankers der Nase.

V. **Spirochaeta pallida im Blinddarm eines hereditär-syphilitischen Foetus,** von Ch. Fouquet. Nichts Neues. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

4. Jahrgang. Nr. 22.

1. **Über die Hypospadie,** von Paul Delbet-Paris. Klinischer Vortrag, in dem die Hypospadie in ihren verschiedenen Graden, ihre Entstehung, die Symptome und die zahlreichen, zu ihrer Beseitigung angegebenen Operationen geschildert werden. Der Vortrag bringt im wesentlichen nichts Neues.

2. **Therapeutische Indikationen und Behandlung der Varicocele,** von H. Duclaux. Bei kleinen und mittelgroſsen Varicocelen, die keine Beschwerden machen, ist nach D. eine Operation nicht indiziert, ebensowenig bei symptomatischen Varicocelen, die durch Behandlung der ursächlichen Krankheit zum Verschwinden gebracht werden müssen. Operiert kann werden bei gut mittelgroſsen und groſsen Varicocelen, selbst wenn Schmerzen und Beschwerden nicht vorhanden sind, und bei mittelgroſsen Varicocelen, wenn die Kranken sich viel mit ihrem Krampfaderbruch beschäftigen. Operiert muſs werden bei groſsen Varicocelen, wenn irgendwelche Beschwerden bestehen oder der Eintritt einer Komplikation, einer Phlebitis oder der Atrophie des Hodens, zu befürchten ist, dann die schmerzhaften Varicocelen, auch wenn sie klein sind, und endlich alle Varicocelen bei Neurasthenikern, die durch die Affektionen in ihrem psychischen Befinden stark beeinträchtigt werden. Ausgeführt wird bei Varicocele ohne Verlängerung des Hodensacks die Ligatur der Venen, in hochgradigen Fällen mit Resektion der Venenpakete. Ist der Hodensack vergröſsert,

die Dilatation der Venen aber keine sehr starke, dann genügt zuweilen die Resektion des Hodensacks; doch treten darnach nicht selten Rezidive auf. Sicherer ist es, in Fällen mit beträchtlicher Vergröfserung des Skrotums Ligatur und Resektion der Venen mit Resektion des Hodensacks zu kombinieren. In Fällen, in denen weniger wegen der Varicocele an sich als wegen der durch sie verursachten Neurasthenie operiert wird, führt gewöhnlich schon ein minimaler Eingriff, die Unterbindung einer vergröfserten Vene, zum Ziel.

3. **Die Behandlung der Hydrocelen bei Kindern,** von M. L. Monnier. Die bei Säuglingen vorkommenden Hydrocelen sind zumeist Hydrocelen der Tunica vaginalis; sie lassen sich nach M. durch Umschläge mit konzentrierter Salmiaklösung, die 8—14 Tage lang gemacht und täglich zwei- bis dreimal erneuert werden müssen, beseitigen. Bei älteren Kindern trifft man auch eingekapselte Hydrocelen des Processus peritonei vaginalis oder Cysten des Samenstrangs. Sie werden, wenn sie klein sind, durch drei- bis viermal in Zwischenräumen von je acht Tagen wiederholte Punktion und nachfolgende Injektion von 5—20 Tropfen 90%igen Alkohols behandelt. Bei grofsen Cysten des Samenstrangs ist die Operation am Platze, und zwar empfiehlt M., um die spätere Entstehung von Leistenbrüchen zu verhüten, nach Resektion der Cystenwand den äufseren Leistenring wie bei der Radikaloperation einer Hernie durch Katgutnähte zu verschliefsen; der Schnitt wird zu diesem Zwecke wie bei der Herniotomie angelegt, er mufs nur etwas weiter nach unten reichen. Das gleiche Verfahren läfst sich auch bei grofsen Hydrocelen der Tunica vaginalis anwenden.

4. **Modifiziertes Urethrotom,** von E. Desnos-Paris. D. hat vor einigen Jahren zum retrograden Durchschneiden von Harnröhrenstrikturen ein Urethrotom angegeben, an dessen Ende eine Schraube zum Befestigen von Oliven verschiedener Gröfse angebracht ist; die Oliven dienen zur genauen Feststellung des Sitzes und des Kalibers der Striktur. Bei wiederholter Benutzung hat sich gezeigt, dafs sich die angeschraubte Olive leicht ein wenig verschiebt; die Klinge kann dann nicht mehr in die für sie bestimmte Rinne zurückgezogen werden. Um diesen Nachteil zu beheben, läfst D. das Instrument nicht mehr mit abschraubbaren, sondern mit fest auf den Schäften angebrachten Oliven herstellen; es besteht also jetzt aus einem äufseren Teil und einer Reihe olivenförmig endigender Schäfte, die leicht in den Handgriff eingefügt werden können. — Das Instrument hat sich D. sehr gut bewährt; seine Anwendung ist besonders vorteilhaft, wenn im Verlaufe von Dilatationskuren Widerstände auftreten, die durch Bougies nicht überwunden werden können. Die Handhabung des Instruments erfordert grofse Übung; namentlich mufs darauf geachtet werden, dafs die Klinge nicht zu weit vorspringt, weil es sonst zu starken Blutungen kommt.

5. **Die Störungen der Harnentleerung bei der Tabes,** von Duhot-Brüssel. D. unterscheidet bei den Blasenstörungen der Tabiker 1. Sensibilitätsstörungen — Schmerzen, Verminderung oder völliges Verschwinden der Empfindlichkeit gegen Ausdehnung der Blase, oft verbunden mit übergrofser Schmerzempfindlichkeit und Überempfindlichkeit gegen Berührung —; 2. Verminderung der Kontraktilität der Blasenmuskulatur — Trägheit oder Parese der Muscularis und infolge davon erschwerte Harnentleerung, Dysurie —; 3. Inkontinenz, die häufig nach kompletter Harnretention auftritt.

Tabiker mit Inkontinenz, Retention, akuter Cystitis oder Hyperästhesie des Blasenhalses müssen, natürlich unter den sorgfältigsten aseptischen Kautelen, regelmäfsig katheterisiert werden. Bei starker Hyperästhesie des Blasenhalses tut manchmal eine forcierte Dehnung mit dem Kollmannschen Dilatator gute Dienste; in schlimmen Fällen mufs man sogar eine perineale Urethrotomie vornehmen, um vom Perineum aus den Blasenhals zu dehnen oder selbst zu durchschneiden. Auch die forcierte

Dehnung des Anus wurde in manchen Fällen bei Blasentenesmus mit gutem Erfolg ausgeführt. Wichtiger aber als jede symptomatische Behandlung ist die kausale, d. h. die merkurielle Behandlung des Anfangsstadiums der Tabes, durch die den Erfahrungen D.s zufolge ein Fortschreiten der Krankheit verhütet werden kann.

6. **Versuch einer Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe mit frühzeitigen, häufig wiederholten Injektionen,** von Carle-Lyon. C. versucht bei allen Kranken mit akuter Blennorrhoe, sofern sie in den ersten zwei bis drei Tagen nach stattgehabter Infektion in Behandlung kommen, eine Abortivkur, bestehend in häufig wiederholten Injektionen von 0,2‰ iger Kaliumpermanganatlösung in den vorderen Harnröhrenabschnitt. In den ersten zwei Tagen wird durchschnittlich alle drei Stunden eine Serie von vier bis sechs Einspritzungen vorgenommen, und zwar zweimal täglich vom Arzte selbst mit einer 12—15 ccm haltenden Spritze, die übrigen Male vom Patienten mit einer Spritze, die nur 8—10 ccm faſst; die Flüssigkeit, von der nichts in den hinteren Harnröhrenteil hineingepreſst werden darf, bleibt bei den ersten Injektionen ¼—1, später ½—2 Minuten in der Harnröhre. Die Sitzungen müssen unterbrochen werden, wenn Reizerscheinungen irgendwelcher Art, Empfindlichkeit oder Schmerzhaftigkeit in der Harnröhre oder Erschwerung der Miktionen, auftreten. Vom 3.—6. Tage wird viermal, darunter je einmal täglich vom Arzte, vom 7.—10. Tage dreimal, vom 11.—13. Tage zweimal und am 14. und 15. Tage noch je einmal eingespritzt. In günstig verlaufenden Fällen verlieren sich unter dieser Behandlung die akuten, entzündlichen Erscheinungen innerhalb der ersten 48 Stunden; vom fünften Tage ist der Ausfluſs bis auf einen Morgentropfen verschwunden, und auch dieser bleibt vom zehnten Tage an aus; in solchen Fällen ist sicher Heilung eingetreten. Wenn dagegen nach dem vierten oder fünften Tage wenige Stunden nach einer Einspritzung eitriger Ausfluſs bemerkbar ist, dann ist die Abortivkur miſsglückt; doch können immerhin die häufigen Injektionen fortgesetzt werden. Wenn aber die Einspritzungen und die Harnentleerungen sehr schmerzhaft werden, am Meatus eine Schwellung auftritt, die Urethra sich hart anfühlt, dann muſs jede Lokalbehandlung sofort ausgesetzt werden.

C. hat mit seinem Verfahren in 14 von 27 Fällen Heilung erzielt, acht Kranke haben sich nach eingetretener Besserung der Behandlung entzogen. Und darin, daſs die Patienten gerne vorzeitig, d. h. schon am achten bis zehnten Tage, wenn sie selbst keine krankhaften Erscheinungen mehr wahrnehmen, die Behandlung abbrechen, darin liegt nach Ansicht C.s die Gefahr der ganzen Methode.

Nr. 23.

Pathogenese und Behandlung der nichttuberkulösen Prostataabscesse, von J. Oraison-Bordeaux. Der Aufsatz O.s enthält mehr als der Titel besagt; er bringt eine Beschreibung der Pathogenese, der Ätiologie, der Anatomie, des Verlaufs und der Behandlung der nichttuberkulösen Prostataabscesse.

Zum Zustandekommen eines Prostataabscesses ist nach O. auſser dem Eindringen pathogener Keime auch eine lokale Zirkulationsstörung erforderlich. Solche Störungen können bedingt sein durch vorgerücktes Alter, durch chronische Kontusionen und durch all die Momente, die eine Kongestion der Venen des kleinen Beckens verursachen, wie Obstipation, häufig wiederholter Koitus, andauernde Reizungen usw.

Bei der Besprechung der Prophylaxe der Prostataabscesse weist O. eindringlich darauf hin, daſs beim Bestehen einer akuten Prostatitis jeder intraurethrale Eingriff, der nicht absolut notwendig ist, vermieden werden soll. Muſs etwa wegen Harnretention katheterisiert werden, so soll es doch möglichst selten und tunlichst nur mittels dünnen Nelatonkatheters geschehen.

Von den verschiedenen Behandlungsmethoden gibt O. der Eröffnung vom Rektum aus in der Mehrzahl der Fälle den Vorzug. Das Verfahren ist namentlich dann indiziert, wenn ein Abscefs sich gegen das Perineum zu entwickelt, aufserdem aber in allen Fällen, in denen die Diagnose frühzeitig gestellt werden kann, und wenn beunruhigende Begleiterscheinungen fehlen. Der Eingriff ist ganz einfach, der Eiterabflufs bei richtiger Anlegung des Schnittes gut; zur Entstehung von Fisteln führt die Methode nicht besonders häufig. In schweren Fällen, die eine sehr sorgfältige Nachbehandlung erfordern, bei Abscessen, die sich nach dem Rektum zu entwickeln, endlich da, wo bereits ein Durchbruch in die Urethra erfolgt ist, der Eiter aber keinen genügenden Abflufs hat, ist die perineale Inzision zu empfehlen. Sie hat den Nachteil, dafs sie spezielle chirurgische Kenntnisse verlangt, dafs sie langdauernde Bettruhe nötig macht, dafs die Verheilung eine langsame ist und dafs die Gefahr einer Verletzung der Ductus ejaculatorii nahe liegt. Bei Prostataabscessen endlich, die dicht unter der Urethra liegen, die von keiner lebhaften Reaktion, von keiner Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, von keiner ausgedehnten Periprostatitis begleitet und nicht durch eine enge, den Eiterabflufs behindernde Harnröhrenstriktur kompliziert sind, kann man versuchen, durch tägliche Massage der Prostata den Durchbruch des Abscesses in die Urethra herbeizuführen. Dauert das aber zu lange oder drohen irgendwelche Komplikationen, dann mufs operativ eingegriffen werden. Bei den zumeist kleinen, multiplen Prostataabscessen der Prostatiker ist die Prostatektomie indiziert, die am besten transvesikal nach Freyer ausgeführt wird; auf diesem Wege gelingt es, die Prostata ganz ohne Eröffnung der Eiterherde zu entfernen. *Götz-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1907. Heft VI.

Über die Kultur des Bacillus des weichen Schankers, von Gravagna. Nach der Methode von Casagrandi gelingt es, den Unna-Ducreyschen Streptobacillus ohne vorherige Reinigung auf den gewöhnlichen Nährböden zu züchten; auf denselben entwickelt er sich sehr reichlich und läfst er sich in ganz untrüglicher Weise von anderen Bakterien unterscheiden. So viel bis jetzt erwiesen, gehört der Bacillus des weichen Schankers zur Gruppe der Streptothrix, speziell der Schiphobakterien von Casagrandi. Statt der bisherigen Benennungen des Parasiten schlägt der Verfasser vor: „Scifobacterio di Ducrey“, zu Ehren des ersten und eigentlichen Entdeckers des spezifischen Pilzes und auf Grund der bakteriologischen Einteilung von Casagrandi.

Ein Fall von pseudo-varikösen Geschwüren syphilitischen Ursprungs, von G. Franceschini. Bei einem Patienten in mittlerem Alter, welcher vor einigen Jahren eine syphilitische Infektion durchgemacht hatte, nun im übrigen vollständig gesund war, jedoch an Varicen des Unterschenkels litt, erkannte der Verfasser auf eine syphilitische Natur der Ulceration auf Grund des besonderen Aussehens des Geschwürs (scharf ausgeschnittene Ränder, Vorhandensein von rahmfarbigen, breiartigen Massen auf dem Geschwürsgrund, Bildung von Krusten auf der Geschwürsoberfläche usw.) und der vorausgegangenen spezifischen Infektion. Die eingeleitete antiluetische Behandlung in Gestalt von Quecksilberinjektionen und Aufstreuen von Europhen brachten das Geschwür zu rascher Heilung. Bei dieser Gelegenheit rühmt der Verfasser von neuem die vorzügliche Wirkung des Europhens als keratinisierende und vernarbende Substanz, die er jeder anderen vorzieht, speziell bei syphilitischen Geschwüren.

Spirochäte, Quecksilber und Jod, von G. Murero. Nach den Erfahrungen des Verfassers findet man Spirochäten in allen offenen und feuchten Effloreszenzen des Initial- oder des resolutiven Stadiums der Lues. So lange das Quecksilber dem

menschlichen Organismus nicht die nötige Resistenzkraft und Immunisation zu erteilen vermocht hat, ist seine direkte Wirkung auf die Spirochäte nur eine geringe, indem diese Mikroorganismen mit einer solchen Lebensfähigkeit ausgestattet sind, dafs sie auch in den entfernteren Rezidiven immer wieder auftreten. Das Jod wirkt nicht in derselben Weise wie das Quecksilber, das dem Pilze einen ungünstigen Nährboden bereitet, sondern nur gegen die Spätformen der Syphilis; es kann dort im Gegenteile eher schädlich wirken.

Einige neuere Methoden zur Diagnose der Tuberkulose in der Dermatologie, von Ciuffo und Ballerini. Unter diesen Methoden zur Diagnose der Hauttuberkulose liefern die Tuberkulinprobe und die Probe der bazillären Agglutination die zuverlässigsten Resultate. Sie müssen stets beide angewendet werden, da nur aus den kombinierten Resultaten sichere Schlüsse gezogen werden können. Die Precipitinprobe ist nur in den Fällen indiziert, wo es sich darum handelt, die menschliche Tuberkulose von der Rindertuberkulose zu differenzieren. Die Cyto-, Cuti- und Ophthalmoreaktion, ebenso die Opsoninprobe, sind nur ganz unsichere diagnostische Hilfsmittel.

Über die Übertragung auf den Menschen der epizootischen Aphthen und ihre Beziehungen zum Soor und den Kuhpocken, von Umb. Mantegazza. Die Untersuchungen des Verfassers bestätigen die von Bertarelli, Terni, Monti usw. aufgestellte Behauptung von der Übertragbarkeit der tierischen Aphthen auf den Menschen und von diesem wieder zurück auf das Tier. Des weiteren hat er experimentell nachgewiesen, dafs mit aphthösem Material inokulierte (Cornea) Tiere gegen das Kuhpockenkontagium immunisiert werden können, was, wenn nicht geradezu für die Identität doch sicher für eine grofse Verwandtschaft der tierischen Aphthen mit der Vaccine sprechen würde. Der Verfasser schliefst seine Abhandlung mit einigen Betrachtungen über die Bedeutung der Prophylaxis: Übertragung der Affektion von den Tieren (Rind usw.) auf den Menschen (Stallknechte usw.).

Auf dem Boden einer Porokeratose sich entwickelndes Epitheliom, von Lombardo. Es handelte sich um ein Individuum mit einer Dermatose, die alle Zeichen der Mibellischen Porokeratose aufwies und in dessen Familie dieselbe Affektion noch bei mehreren Mitgliedern vertreten war. Bei dem Patienten waren verschiedene Körperstellen befallen. Aufserdem bildete sich bei ihm an der Hand, auf dem Boden der primären Dermatose, ein sich stets vergröfserndes Geschwür, dessen epitheliomatöse Natur histologisch nachgewiesen werden konnte. Bei den anderen Familienmitgliedern war eine derartige Komplikation niemals konstatiert worden. Der Verfasser meint denn auch, dafs es sich um zwei voneinander vollständig unabhängige Krankheiten handelt, wobei sich das Epitheliom nur zufällig auf dem Boden einer Porokeratose entwickelt hat. Er möchte deshalb die letztere Dermatose nicht, wie die Pagetsche Krankheit, das Xeroderma, die Keratosis senilis, die Leukokeratose, zu den präcancerösen Affektionen rechnen.

Granuloma trichophyticum Majocchi, von Sorrentino. Der vom Verfasser beschriebene Fall bildet eine weitere Illustration zur Frage von der Selbständigkeit der genannten Dermatose. Das Trichophyton, in Gestalt von Mycelien oder von Sporen, dringt durch den Haarfollikel hindurch in die Cutis und bedingt dort granulomatöse Läsionen. Wie kommt es nun aber, dafs das so sehr verbreitete Trichophyton nur ganz selten zur Bildung eines Granuloms Anlafs gibt? Handelt es sich da um spezielle und individuelle Bedingungen des Bodens, auf dem sich das Trichophyton entwickelt? Oder welche andere Faktoren kommen hier in Betracht? Die Frage steht vorläufig noch vollständig offen. *C. Müller-Nyon.*

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band VII, Heft 3 und 4. August 1907.

Das Doppelheft bildet den **Bericht über den Siebenten Kongreſs der Japanischen Dermato-Urologischen Gesellschaft,** welche am 30. und 31. März 1907 in Nagoya tagte, und welcher folgendes wissenschaftliches Programm bot, welches zeigt, wie vielseitig auch im fernen Japan in unserer Spezialdisziplin gearbeitet wird:

1. Kusunoki-Nagoya: Ätiologie und Therapie des Kindesekzems.
2. U. Matsoura-Kioto: Über Kindesekzem.
3. J. Toyama-Tokio: Über Hydrotherapie des Kindesekzems.
4. T. Okamura-Tokio: Über Therapie des Kindesekzems.
5. T. Ohno-Tokio: Über Ekzema capillitii des Kindes.
6. T. Shitachi-Tokio: Vaccination und Kindesekzem.
7. M. Mori-Mige: Über den Ekzemtod.
8. S. Yema-Kioto: Therapie des nässenden Kindesekzems.
9. G. Gato-Tokio: Der Zusammenhang zwischen dem Kindesekzem und der Indikanreaktion im Harn.

   An der Diskussion beteiligten sich Kinoshita, Mori, Matsoura, Mori, Kabo, Asahi, Ohta, Kusunoki, Uyesugi, Sasagawa und Dohi.

10. Kano-Nagoya: Blennorrhoische Erkrankungen der Weiber.
11. G. Mizuo-Ohsaka: Ein Fall von blennorrhoischer Bakteriaemie, entwickelt aus Conjunctivitis blennorrhoica.
12. T. Tanaka-Tokio: Über Ursache und Therapie der Syphilis bei Weibern.
13. S. Nishiyama-Ohsaka: Alexanders Methode für die Diagnose des Trippers.
14. K. Kumagai-Nagoya: Mehrere Fälle von blennorrhoischer Myositis, Synovitis, Bursitis, Arthritis.

    An der Diskussion nahmen teil Kusunoki, Mizuo, Sato, Kitagama, Kano.

15. F. Kitagawa-Nagoya: Ursache und Therapie der Syphilis.
16. K. Dohi-Tokio: Über die Spirochaeta pallida.
17. T. Tanaka-Tokio: Impfversuch mit Syphilis bei Tieren.
18. K. Sakurane-Ohsaka: Über die histologische Untersuchung von Spirochaeta pallida.
19. F. Kusunoki: Krankenvorstellung von Syphilis.
20. O. Oho-Kioto: Demonstration der histologischen Präparate der Spirochaeta pallida.
21. T. Ohnura-Tokio: Silberimprägnationsmethode der Spirochaeta pallida in Strichpräparaten.

    An der Diskussion nahmen teil Mizuo, Tanaka, Ohmura.

22. H. Yamada-Tokio: Diagnostischer Wert der Cubitaldrüsenschwellung bei Syphilis.
24. K. Sakurane-Ohsaka: Gewebsveränderung nach Quecksilberinjektion.
25. K. Asahi-Fukuoka: Einige Bemerkungen über die Syphilisbehandlung.
26. K. Asahi: Ein seltener Fall der hereditären Syphilis.
27. K. Kuru-Miye: Über die Syphilis der Respirationsorgane.
28. T. Shitachi-Tokio: Verteilungszustand der Quecksilberpräparate in Organismen als Antisyphilitikum.
29. T. Tanaka-Tokio: Zusammenhang zwischen den syphilitischen Exanthemen und dem Erysipelheilserum.
30. J. Toyama: Über die Therapie der Syphilis.
31. T. Ito-Nagoya: Ein Fall von eigentümlicher Epidermolysis bullosa (Krankenvorstellung).

    An der Diskussion beteiligten sich Matsoura, Asahi, Toyama, Dohi.

32. T. Kinoshita-Tokio: Demonstration von Sakamotos Denonkei.
33. F. Kitagawa-Nagoya: Ein seltener Fall von papillärer Wucherung auf der Kopfhaut.
34. J. Murase-Aichi: Ein Fall von Alopecia totalis.
35. Kusunoki-Nagoya: Krankenvorstellung von Lupus vulgaris.
    Diskussion: Asahi-Fokuoka.
36. F. Kusunoki: Krankenvorstellung von Pityriasis rubra Hebra.
37. J. Sakaguchi-Tokio: Über das Peniscarcinom.
38. N. Komorita-Kioto: Über Trichomykosis palmellina Pick.
    Diskussion: Tanaka, Sakaguchi.
39. Yamashita-Aichi: Ein Fall von Kalkablagerung in der Haut.
40. Ito-Nagoya: Ein Fall von Chloralhydratexanthem.
41. T. Ohta-Nagoya: Therapeutische Bemerkung über Prurigo.
42. Kinoshita-Tokio: Über die Wirkung von Chinosol.
43. Derselbe: Lepra und Leprol.
44. K. Sato-Nagoya: Cystitis typhosa.
45. H. Kuru-Miye: Zwei Fälle von multiplem Neurofibrom.
46. F. Kitagawa-Nagoya: Leucaemia lymphatica cutis.
47. T. Tanaka und T. Matsumoto-Tokio: Demonstration der Präparate vom primären Prostatacarcinom.
48. Toyama-Tokio: Lupus erythematosus und Tuberkulose.

Man sieht, dafs in zwei Tagen 48 Vorträge und Demonstrationen stattgefunden haben, sicher eine bedeutende Arbeitsleistung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XV. Januar 1908.

I. **Über Nicotianaseife,** von Löwenberg-Riga. Empfehlung der Nicotianaseife bei Scabies, Favus, aber auch bei mit Jucken einhergehenden Neurosen, wie Pruritus vulvae et ani, und endlich zur Desinfektion der Hände, da sie weniger die Haut reizt als die üblichen Karbol-, Sublimat- und Teerseifen.

II. **Ein erfolglos mit Atoxyl behandelter Fall von Lepra tuberosa,** von Eudokimow. Angeregt durch die in letzter Zeit gerühmte günstige Wirkung des Atoxyls auf Syphilis usw. versuchte E. auf Rat von Prof. Selenew an dessen Klinik das Atoxyl in einem Leprafall. Die Injektionen von insgesamt 5,6 reinem Atoxyl blieben für den Lepraprozefs bedeutungslos, riefen aber bei der Injektion von 0,9 auf einmal Übelkeit, Kopf-, Brust- und Bauchschmerz hervor. Das Gewicht des Kranken nahm unter Atoxyl ein wenig zu, der Hb-Gehalt des Blutes stieg.

III. **Ein Fall von Impotenz auf Grund von Enthaltsamkeit, aus Furcht vor einer Ansteckung mit Syphilis, und seine Behandlung,** von Schtscherbakow. Mittels seiner schon früher beschriebenen psychisch-elektrischen Behandlung bei gleichzeitigem Gebrauch von Muiracithin gelang es Verfasser, den 30jährigen, sexuell neurasthenischen Patienten völlig auszukurieren.

IV. **Die Hautkranken im Reservefeldlazarett,** von Ehrlich-Petersburg. Eine statistische Arbeit, derzufolge die Hautkranken im 6. transportablen Lazarett zu Chabarowsk während des Krieges 10% ausmachten. Am häufigsten war Scabies.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Die Akne und ihre Behandlung. Dritte, verbesserte Auflage. — **Juckende Hautleiden.** Dritte, verbesserte Auflage. — **Kosmetische Hautleiden.** Zweite Auflage. Von JESSNER. (Würzburg 1907—1908, A. Stubers Verlag.) Von JESSNERS dermatologischen Vorträgen für Praktiker sind wiederum vier in neuen Auflagen erschienen; Heft 3 und 4 (bisher allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie des Hautjuckens) wurden zu einem Doppelheft mit dem Titel „Juckende Hautleiden" vereinigt. Die neuen Auflagen mit empfehlenden Worten zu begleiten, ist sicher nicht nötig; die Vorträge haben sich den ihrem Werte entsprechenden Platz in der Literatur längst errungen.

Die Vorträge sind jetzt auch in zwei Bänden mit Gesamtregister erhältlich; den Besitzern der Heftausgabe werden die Registerbogen, wie die Verlagsbuchhandlung mitteilt, allein geliefert. *Götz-München.*

Neuere Arzneimittel. Beziehungen zwischen deren Konstitution und pharmakologischer Wirkung mit Berücksichtigung synthetisch hergestellter Arzneimittel. Für Chemiker, Pharmazeuten und Mediziner, von HERMANN HILDEBRANDT-Halle. (Leipzig, Akademische Verlagsanstalt, 1907.) Der Verfasser legt weniger Wert darauf, alle auf dem Gebiete der Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und physiologischer Wirkung vorliegenden Einzelbeobachtungen zusammenzustellen, sondern beschränkt sich auf solche Abschnitte, welche nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bestimmte Schlüsse erlauben. Er legt dar, daſs das verschiedene physiologische Verhalten durch physikalische Verschiedenheit bedingt wird, und bringt bestimmte Wirkungen von Substanzen auf den tierischen Organismus mit dem chemischen Aufbau in Verbindung. Nach kurzem Überblick über die Wirkung von Atomgruppen bespricht er die Bedeutung von Atomgruppen bei Abkömmlingen des Anilins, den Eintritt von Atomgruppen bei hydrierten Basen, die Beeinflussung der Wirkung von Verbindungen mit einer Imidogruppe durch Einführung von Atomkomplexen und die Änderung des Charakters der Wirkung von Verbindungen durch Einführung von Alkylgruppen, die Verbindungen mit fünfratigem Stickstoff, die Verbindungen der Kampfergruppe, die Nitrile und die metall-organischen und halogen-substituierten Verbindungen.

Das ohne Zweifel den Chemiker und Pharmazeuten mehr interessierende Werk ist für den Mediziner auſser anderem wertvoll wegen der zahlreichen Literaturanführung. *Schourp-Danzig.*

Die Geschlechtskrankheiten, von ERNEST FINGER. Leipzig und Wien, Franz Deutike, 1908. Das vorliegende Werk des bekannten Forschers erscheint als sechste, wesentlich vermehrte Auflage der „Syphilis und venerischen Krankheiten" und als zweiter Teil der „Haut- und Geschlechtskrankheiten". Hervorzuheben ist die Umarbeitung des ganzen Kapitels des Syphilis entsprechend dem gegenwärtigen Stande unserer Wissenschaft von der neuen ätiologischen Basis mit Berücksichtigung der an seiner Klinik mit LANDSTEINER, OPPENHEIM, SACHS, MÜLLER, SCHERBER und MUCHA gewonnenen Kenntnisse.

Neu ist die Aufnahme der Balanitis erosiva und gangraenosa als spezifische Infektion mit der Bezeichnung als vierte Geschlechtskrankheit. Hierzu sieht der Verfasser sich nach den Untersuchungen von RÓNA, BERDAL, BATAILLE und SCHERBER

berechtigt, welche als Erreger dieser Affektion grampositive, vibrioförmige Bakterien und gramnegative Spirochäten gefunden haben.

Von den Fortschritten der letzten Jahre zeugen auch die dem Buche angefügten farbigen Abbildungen, deren Zahl sich gegen die letzte Auflage um 13 vermehrt hat.

Schourp-Danzig.

Radiotherapie. Ihre biologischen Grundlagen, Anwendungsmethoden und Indikationen. Mit einem Anhang: Radiumtherapie. Bearbeitet von ROBERT KIENBÖCK. (Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen. Heft 6. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1907.) Der bekannte Wiener Röntgenologe gibt in diesem Heft in gedrängter, aber sehr übersichtlicher Form alles Wissenswerte entsprechend dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse der Radiotherapie. Das Verständnis seiner Ausführungen wird erleichtert durch 178 Abbildungen. Hervorzuheben ist der reiche Hinweis auf die Literatur und die Wiedergabe von Krankengeschichten, welche gute Beobachtungen beweisen und gewissermaſsen klassische Proben richtiger bezw. falscher Technik darstellen. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Behandlung der Varicocele, von POENARU CAPLESCU. (*Revista de Chirurgie.* 1907. Nr. 4.) Der Verfasser berichtet über 30 Fälle von Varicocele, die er nach der Methode von JOHANNESCU operiert hat, die er für die vorteilhafteste hält (Resektion der Venen, Inversion der Vaginalis und Fixation derselben am Orificium vaginale externum: Resektion des Hodens). *C. Müller-Nyon.*

Eine kleine praktische Verbesserung des NEISSERschen Suspensoriums, von C. SCHINDLER-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 32.) Die hier empfohlene Modifikation besteht darin, daſs noch eine sog. Penisklappe, wie beim TEUFELschen Suspensorium, angebracht ist. Das neue Suspensorium ist bei der Firma Pech in Berlin zu haben und ist billig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

d. *Prostata.*

Über die elastischen Fasern in der normalen Prostata des Menschen, von R. CHIAROLANZA. (*Anatomischer Anzeiger.* 4. Mai 1907.) Der Verfasser hat die menschliche Prostata in den verschiedenen Altersstufen untersucht und konstatiert, daſs sich folgende Gruppen von Fasern unterscheiden lassen: Die Fasern des Veru montanum, die sich wieder in utrikuläre und periutrikuläre unterscheiden und in solche der Ductus ejaculatorii. Periurethrale Fasern, denen sich die zu den Canales ejaculatorii gehörenden anschlieſsen, soweit die letzteren in der Dicke der Drüse verlaufen. Interglanduläre Fasern, die sich in den Septa zwischen den verschiedenen prostatischen Drüsenlappen befinden. Glanduläre Fasern, die den Drüsengängen oder den Acinis angehören. Fasern, die ausschlieſslich in der Prostatakapsel verlaufen.

C. Müller-Nyon.

Die Untersuchung eines Prostatikers, von A. PAPPA. (*Journ. d. pratic* 1907. Nr. 34.) Ausführliche Schilderung der bei Verdacht auf Prostatahypertrophie vor-

zunehmenden Untersuchung und Deutung der verschiedenen Befunde, die bei Prostatikern erhoben werden. Neues wird in der Arbeit nicht vorgebracht.

Götz-München.

Der Pseudoprostatismus alkoholischen Ursprungs, von Rochet. (*Lyon méd.* 1907. Nr. 22. Nach *Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 31.) Bei Männern im mittleren Lebensalter stellt sich manchmal der ganze Symptomenkomplex des Prostatismus ein, ohne daſs eine Prostatahypertrophie vorhanden wäre. Verursacht sind die Erscheinungen zuweilen durch Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks, am häufigsten durch Tabes, zuweilen aber auch durch chronischen Alkoholismus, der zu institieller Sklerose der Blasenmuskulatur mit fibrös-lipomatösen Veränderungen führt; es handelt sich also in solchen Fällen nicht um Prostatiker, sondern um Blasenkranke, die das geschädigte Organ zudem noch häufig überdehnen. Die Untersuchung mit der Sonde und mit dem Cystoskop ergibt ein negatives Resultat; bei der Cystoskopie fällt auf, daſs die Blase sehr wenig reagiert; sie erscheint leicht anästhetisch und paretisch. In den späteren Stadien kommen zu den dysurischen Erscheinungen die Symptome einer Nierensklerose, und die Kranken gehen, wenn sie nicht behandelt werden, an chronischer Harnintoxikation oder an interkurrenten Affektionen zugrunde. Die Therapie besteht in Durchführung strenger Alkoholabstinenz, Dilatationen der Urethra und Blasenspülungen mit Höllensteinlösung 1:500, in schweren Fällen muſs ein Verweilkatheter eingelegt werden. Die Prostatektomie nützt natürlich nichts.

Götz-München.

Über die Behandlung der Prostatitiden mit Hochfrequenzströmen, von Fernand E. M. Pollet. (*Thèse de Lille.* 1905. Nr. 7.) *Fritz Loeb-München.*

Die Prostatamassage, von Maurice Picot. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 190.)

Fritz Loeb-München.

Ein neuer Apparat zur Fibrationsmassage der Prostata, von A. Gunsett-Straſsburg. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 40.) An den bisher gebräuchlichen Apparaten wurde es unangenehm empfunden, daſs der wirksame, vibrierende Punkt, also das Ende der Motorachse, nicht an der Prostata selber, sondern auſserhalb des Afters lag. Das vom Verfasser angegebene Instrument ist hohl und erreicht die Prostata als schwach keulenförmig endendes Rohr, das in der Mitte mit einem ringförmigen Ansatz versehen ist. Im Endkolben des Rohres, also direkt auf der Prostata, ist ein kleines Schwunggewicht an einer Welle exzentrisch angebracht.

Der Apparat wird von Reiniger, Gebbert & Schall in den Handel gebracht.

Schourp-Danzig.

Untersuchungen über die Ätiologie der Prostatahypertrophie, von Ráskai-Budapest. Vortrag, gehalten auf dem I. Kongreſs der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Wien am 4. November 1907. (*Klin.-ther. Wochenschr.* 1907. Nr. 42.) Die Ursachen der senilen Prostatavergröſserung waren schon seit langer Zeit Gegenstand sehr eifriger Nachforschungen und Untersuchungen. Die histologischen Determinationen in ihrer deskriptiven Art, die verschiedenen Einteilungen der vergröſserten Drüsen je nach ihrer histologischen Zusammenstellung ohne Berücksichtigung der Histogenese blieben eben des letzten Umstandes wegen für die ätiologische Forschung unfruchtbar. Die vor einigen Jahren erschienenen groſsangelegten Forschungen Ciechanovskis und seine Folgerungen gaben den Bestrebungen zur Lösung der Frage einen neuen Anstoſs.

Ciechanovski betrachtet die Prostatahypertrophie als eine durch Erweitern der Drüsengänge hervorgerufene Vergröſserung der Drüse. Die Ursache dieser Erweiterungen liegt in Bindegewebsveränderungen, die durch chronische Entzündungen, unter dem Epithel beginnend, die Ausführungsgänge verengen und so den Abfluſs des

Drüseninhaltes hemmen. Die Ursache dieser Entzündung ist die Blennorrhoe. Die Prostatahypertrophie ist demnach eine Spätwirkung der durch den Gonococcus verursachten Entzündung der Harnröhre und seiner Adnexe. Die Untersuchungen C.s wurden durch mehrere Autoren, insbesondere durch Rothschild, bestätigt und nach verschiedenen Seiten hin ergänzt.

Vortragender hat seine Untersuchungen noch vor dem Erscheinen der Arbeit Ciechanovskis begonnen, nach dem Erscheinen derselben mit voller Berücksichtigung der dort niedergelegten Resultate und Folgerungen weitergeführt. Seine Untersuchungen sind histologischer und klinischer Natur, die letzteren bei dieser Gelegenheit nur streifend, referiert er diesmal über die Resultate seiner klinischen Untersuchungen. Aus einer grofsen Anzahl untersuchter Prostatae boten 26 Fälle Veränderungen, die für die Histogenese verwertbar waren. Während C. in sämtlichen seiner Fälle Bindegewebsveränderungen fand, die auf entzündlichen Ursprung hinwiesen, fand Vortragender nur in acht Fällen histologische Anhaltspunkte für die entzündliche Genese, trotzdem er sämtliche Drüsen in grofsen Schnittflächen in allen Schnittebenen sorgfältigst untersuchte, die diesbezüglichen Präparate auch demonstrierend. Die entzündlichen Erscheinungen waren auch nicht immer um den Ausführungsgängen herum auffindbar, sondern in einigen Fällen an der Peripherie der Drüse um den Endverzweigungen herum. Erweiterte Drüsenschläuche mit charakteristischen Veränderungen des Epithels, die er schildert, mit Konkrementbildung in allen Stadien der Entwicklung, fanden sich in sämtlichen Präparaten vor. Neben bis zu Cysten erweiterten Drüsengängen kommen häufig Kompressionen, die bis zur völligen Obliteration einzelner Gänge reichen, vor, Kompressionen, die durch Bindegewebsveränderungen hervorgerufen werden. Das Bindegewebe ist überall vermehrt, in einzelnen Drüsen herdweise, in anderen zerstreut ohne charakteristische Anordnung, neben Bindegewebsvermehrung ist in einzelnen Drüsen aktive Vermehrung der Muskelelemente sichtbar, eine Beobachtung, die im Gegensatz zur Ansicht Ciechanovskis steht, der den Muskelelementen eine rein passive und untergeordnete Rolle zuschreibt. Das Auftreten wahrer Myome ist selten, die sog. myomatöse Form der Prostatahypertrophie auf mangelhafte Deutung des histologischen Bildes zurückzuführen. Der von Motz und Peraonau beschriebene intraprostatische Sphinkter, Vergröfserung und die scharfe Abgrenzung periurethraler Drüsen auf Kosten der Prostata selbst fand Vortragender in keinem seiner Fälle, glaubt aber an die Identität dieser Befunde mit der von Ciechanovski und ihm gefundenen Pseudoadenome charakteristischen Anordnung der Muskelelemente an der Peripherie der vergröfserten Drüsenteile. Er zeigt seine diesbezüglichen Präparate. Die Bedeutung der Stromaveränderungen liegt in ihrer Anordnung um die Ausführungsgänge herum, gerade diese Lokalisation nebst anderen sei nach Ciechanovski ein Beweis ihres entzündlichen Ursprunges, dafür spreche auch die Identität der histologischen Veränderungen bei Prostatahypertrophie mit denen von Finger bei chronischer Prostatitis gefundenen. Vortragender zeigt 18 Fälle, in denen der Mangel jedweder entzündlicher Veränderung bei ausgesprochener Hypertrophie gegen die Identität dieser beiden Prozesse spricht, und einige Fälle mit entzündlichen Erscheinungen, die nicht dem Typus der chronisch-blennorrhoischen Prostatitis entsprechen. Gegen diese histogenetische Annahme spricht auch die klinische Erfahrung der bedeutendsten Kliniker und Forscher und seine diesbezüglichen Untersuchungen, die er in mehreren Serien anstellte. Eine Untersuchungsreihe mitteilend spricht er sich für einen wahren Antagonismus zwischen Blennorrhoe und Prostatahypertrophie aus, ohne auszuschliefsen, dafs jahrelang latent verlaufende Bindegewebsprozesse Veränderungen hervorrufen, die auf die Drüsentubuli erweiternd wirken und so auf diesem Wege zur Vergröfserung des Organs beitragen. Es war

sehr verlockend, der aktiven oder passiven Hyperämie irgendwelche Rolle beim Zustandekommen der Hyperämie zuzuschreiben. Vortragender bespricht die Analogien im Organismus und die allgemeinen biologischen und pathologischen Gesichtspunkte, die hier in Betracht kommen, schließt sich der Ansicht BIERS an, demgemäß Hypertrophie nicht eine Folge der Hyperämie sei, sondern Hypertrophie und Hyperämie beide die Folge eines gänzlich unbekannten Lebensvorganges seien.

Dasselbe gilt von der passiven Hyperämie. Die Zelle wird nicht ernährt, sondern ernährt sich selbst (VIRCHOW). Wo an ein Gewebe innerhalb physiologischer Grenzen erhöhte Anforderungen gestellt werden, dort hypertrophisiert es, hier ist jedoch nicht die Hyperämie das wesentliche. Bei seniler Veränderung der Prostata gehen die elastischen Fasern der Prostata zugrunde. Vortragender demonstriert dies an einigen Präparaten. Die elastischen Fasern unterstützen die gefäßverengernden und -erweiternden Nerven in ihrer Tätigkeit, der Verlust dieser Fasern steht einer leichten und regelmäßigen Dekongestionierung der Prostata im Wege; dieser Umstand kann unter gegebenen Verhältnissen als Reiz gelten. Vortragender meint, die Ursachen des Entstehens der Prostatahypertrophie müssen wir in der Vielfältigkeit der physiologischen Aufgaben, der Rolle, die es im Organismus spielt, in den durch ihre anatomische Lage innerhalb des Beckens bedingten Zusammenspiels der Reize und Wirkungen und der Gesamtwirkung aller dieser Faktoren suchen. Wie die Krankheitsform keine einheitliche ist, so ist auch die Ätiologie keine einheitliche, keine Arbeitshypertrophie, keine Hypertrophie, hervorgerufen durch aktive oder passive Hyperämie, nicht latenter Verlauf fortgeleiteter Entzündungen, sondern die Vielfältigkeit der Reize sind es, welche jene vielfältigen Veränderungen innerhalb eines histogenetischen Prinzips anregen, die in ihrer letzten Konsequenz die Vergrößerung des Organs herbeiführen.

Autoreferat.

Einige Bemerkungen zur Prostatahypertrophie, von CHARLES H. CHETWOOD-New York. (*Therapeutic Gazette.* Dezember 1907.) Nur in einer begrenzten Zahl Fälle hat die konservative Behandlung ihren Wert. Palliative Maßregeln sollen nicht fortgesetzt werden, wenn sie nach einer angemessenen Beobachtungszeit keine ständige Abnahme der Symptome hervorrufen. Eine erstmalige Blaseninfektion ist kein genügender Grund zur Operation, dagegen sind wiederholte Infektionen der Blase und ascendierende Infektion der Niere ausreichende Berechtigung zum operativen Eingriff. Die besten, andauerndsten und radikalsten Erfolge werden durch frühzeitige Operation erzielt. Die perineale Prostatektomie hat im allgemeinen eine kürzere postoperative Rekonvaleszenz als die suprapubische. In gewissen Fällen ist die Galvanokauter-Inzision eine wirksame Methode zur Beseitigung des Blasenverschlusses; sie wird in größerer Sicherheit von einer Perinealwunde aus ausgeführt, weil sie eine größere Genauigkeit durch die Ermöglichung der intravesikalen Untersuchung mit dem Finger durch die perineale Öffnung vor und nach der Galvanokauterisation gestattet.

Schourp-Danzig.

Die Diagnose und Behandlung der Prostatahypertrophie, von JOSEPH WIENER-New York. (*New York med. Journ.* 26. Okt. 1907.) W. warnt vor allem vor der Anwendung des Cystoskops, wonach er schon akute Cystitis habe folgen sehen, und glaubt, zur Diagnose genüge Einführung eines gewöhnlichen weichen oder eines MERCIER- oder eines Silber-Katheters; die Diagnose kann außerdem noch durch die Krankengeschichte (vermehrter Harndrang bei Nacht, dann auch bei Tag, langsamerer, kleinerer Strahl, Harnträufeln, Residualharn u. s. f.) erhärtet werden. Bezüglich der Behandlung ist zwar eine Zeit lang das Katheterleben bei Patienten, die genügende Sorgfalt auf peinliche Reinhaltung der Katheter verwenden, ein ruhiges Leben führen und sich in jeder Beziehung schonen können, möglich; sobald aber beim Katheterisieren

Schmerzen oder Blutung eintreten, so sollte Operation ausgeführt werden. Was eine solche betrifft, so glaubt W., dafs die Bottinische Operation nun, wo die Prostatektomie immer mehr Vervollkommnung erfahre, allmählich von der letzteren verdrängt werde; sie gebe 12%, die Prostatektomie nur 5% Mortalität. W. gibt der suprapubischen Operation den Vorzug, führt sie bei schwächlichen Patienten in zwei Zeiten aus (erst Eröffnung der Blase unter lokaler Anästhesie, dann Drainage für eine Woche und länger und schliefslich unter Lachgasnarkose Entfernung der Prostata innerhalb weniger Minuten) und legt grofsen Wert auf die Nachbehandlung: Drainage, tägliche Blasenspülung, innerlich Harnantiseptika, in der dritten Woche Bougierung, um Strikturen zu vermeiden und dann noch einige Monate hindurch genaue Beobachtung des Patienten (Untersuchung auf Residualharn). *Stern-München.*

Prostatahypertrophie und deren Behandlung, von John H. Gleason-Manchester. (*New York med. Journ.* 16. Nov. 1907.) Verfasser kommt auf Grund eigener Erfahrungen und des Literaturstudiums zu folgenden Schlüssen: 1. Wenn der Tumor bei der Untersuchung sich als gegen das Perineum drängend erweist, dann sollte in Anbetracht der geringeren Mortalität die perineale Operation. 2. Wenn jedoch die Prostatavergröfserung hoch in die Blase hineinragt und eine grofse Menge Residualharnes oder gleichzeitig Steine vorhanden sind, der obere Blasenschnitt ausgeführt werden. 3. Ist der Urin septisch und haben sekundäre Veränderungen in Blase und Nieren stattgefunden, so sollte als erste Mafsnahme perineale Drainage der Ausschälung vorhergehen. 4. Befindet sich der Patient in besonders schlechtem Zustande (infolge von senilen und pathologischen Komplikationen) dann ist die Bottinische Operation unter Lokalanästhesie angezeigt. Manchmal sind die Resultate unbefriedigende, es können Strikturen der Harnröhre und Fisteln, welche erneute Operation erheischen, nachfolgen, ebenso Beeinträchtigung der sexuellen Funktion. Man sollte die Hauptmasse der Drüse entfernen, ohne aber den Versuch zu machen, durchaus alles Prostatagewebe zu entfernen; denn man mufs dessen eingedenk sein, dafs die Prostata nicht insgesamt entfernt werden kann, ohne zugleich die Pars prostatica urethrae mit wegzunehmen. Habitueller Kathetergebrauch sollte nicht stattfinden und die richtige Zeit für die Operation ist, sobald als die Harnretention das Fortschreiten der Krankheit anzeigt, also, bevor irgendwie Infektion eingetreten ist. *Stern-München.*

Behandlung der Prostatahypertrophie, von Eugène Fuller-New York. (*The Therapeutic Gazette.* Dezember 1906.) Nach seiner Erfahrung an fast 400 Fällen empfiehlt der Verfasser bei der perinealen oder suprapubischen Operation sich nicht auf den Gesichtssinn, sondern auf das Gefühl in der Spitze des Zeigefingers zu verlassen. Der Finger soll um den Blasenhals herumfahren und nachfühlen, ob er noch zu rigide oder kontrahiert ist, bevor die Operation ausgeführt wird.

Schourp-Danzig.

Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von A. Freudenberg-Wien. (*Wien. Klinik.* Januar 1907.) Trotz der gewaltigen Fortschritte der chirurgischen Therapie der Prostatahypertrophie soll man sich nicht dazu verleiten lassen, ohne strikte Indikation zu operieren.

Verfasser teilt die in Betracht kommenden Methoden ein in palliative und radikale. Palliative Methoden sind Katheterismus, Punktion der Blase, Cystotomie resp. Anlegung einer Blasenfistel. Von den radikalen Operationen, die man in indirekte (Unterbindung der Aa. iliacae und sexuelle Operationen) und direkte einteilen kann, kommen abgesehen von Ausnahmefällen jetzt nur noch Vasektomie, Bottinische Operation und Prostatektomie in Betracht; Vasektomie nur als Voroperation zur Sicherstellung vor Orchitis und Epididymitis. Verfasser erörtert genauer die Statistik der Bottinischen Operation, die er in 152 Fällen ausführte. Unter seinen letzten

52 Fällen fanden sich 47 (90,4 %) gute Resultate, 2 letale Fälle (3,8 %), und 3 Mifserfolge (5,8 %).

Betreffend Prostatektomie wird für die perineale Operation die ALBARRANsche, für die suprapubische die FULLER-FREYERsche Technik empfohlen. Die Prostata soll im allgemeinen total entfernt werden. Verfasser zieht die suprapubische der perinealen Prostatektomie vor, aufser bei Ca-Verdacht.

Bei noch klarem Urin soll lieber operiert werden, als dem Patienten der Katheter in die Hand gegeben werden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die BOTTINIsche Operation der Prostatahypertrophie nach den Erfahrungen der chirurgischen Klinik zu Heidelberg, von HUGO SCHLOSS. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1906.) BOTTINIsche Operation und Prostatektomie ergänzen einander; die eine hat da einzutreten, wo die andere versagt.

Fritz Loeb-München.

Über Prostatahypertrophie und -Ektomie, von ALEXIS MISSET. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 280. 86 S. 16 Tafeln.) *Fritz Loeb-München.*

Unterschiedslose Prostatektomie, von EDWARD MARTIN-Pennsylvania. (*Therap. Gazette.* 1906. Nr. 12.) Wenn auch jeder Chirurg mit Recht diejenige Operationsmethode wählen soll, in der er am meisten zu Hause ist, so spricht doch die Sterblichkeitstabelle gegen die suprapubische Operation. Aus YOUNGs Statistiken ergibt sich, dafs die perineale Operation die der Wahl ist, da durch sie nicht nur Prostatadrüsen entfernt werden können, welche suprapubisch nicht zu erreichen wären, sondern auch die geschlechtliche Funktion erhalten werden kann und ihre niedrigen Sterblichkeitsziffern und ihre funktionellen Resultate unübertroffen sind.

Schourp-Danzig.

Fünfzig aufeinander folgende Fälle von perinealer Prostatektomie ohne Todesfall, von HUGH H. YOUNG. (*Therapeutic Gazette.* 1906. Nr. 12.) Nach des Verfassers Erfahrung ist die sicherste und beste Operation vom Standpunkte des Patienten die Methode der konservativen perinealen Prostatektomie, welche bei allen Formen der Hypertrophie, selbst solchen mit den gröfsten intravesikalen Geschwülsten, anwendbar ist. Ihre weiteren Vorzüge sind die geringere Mortalität und die einfachere Rekonvaleszenz der Patienten gegenüber der suprapubischen Prostatektomie. Die Mehrzahl der Patienten des Verfassers konnte am zweiten oder dritten Tag nach der Operation das Bett verlassen. *Schourp-Danzig.*

Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata, von O. ZUCKERKANDL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Verfasser berichtet über 60 operierte Fälle, von denen 30 perineal, 30 transvesikal operiert wurden, die gröfsere Anzahl in Inhalationsanästhesie, eine geringere unter spinaler Analgesie. Von diesen 60 Kranken sind 11 im Anschlusse an die Operation oder in den nächsten sechs Wochen gestorben an Coma diabeticum, Niereninsuffizienz, Septikämie, Blutung, Pneumonie, Lungenabscefs, Herzinsuffiziens. Von Störungen in der Zeit der Wundheilung sind zu nennen: Nachblutungen, Entzündungen der Nebenhoden, Fistelbildungen usw. Die Heilung der Wunden ist bei allen suprapubisch operierten Fällen vollständig erfolgt, bei denen vom Mittelfleische operierten in fünf Fällen unvollständig mit Bildungen von perinealen Harnröhrenfisteln und von Harnröhrenmastdarmfisteln in drei Fällen. Im allgemeinen ist L. für radikale Operation. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Vor- und Nachbehandlung bei einer Serie von 38 nach der FREYERschen Methode erfolgreich ausgeführten Prostatektomien, von R. J. WILLAN-Newcastle-upon-Tyne. (*Lancet.* 26. Okt. 1907.) Um das Überfliefsen des Urins aus der Blase nach der Eröffnung durch den hohen Steinschnitt zu verhüten und zum gleichzeitigen Zwecke einer permanenten Irrigation für die ersten Tage nach der

Operation hat Verfasser folgende praktische Vorrichtung konstruiert: ein grofses Gefäfs von mehreren Litern Inhalt wird etwas erhöht aufgestellt. Dasselbe hat zwei Öffnungen in seiner Wandung dicht am Boden, eine gröfsere und eine kleinere; aus letzterer führt ein Schlauch die Flüssigkeit aus dem Gefäfs in die Blase; die gröfsere Öffnung dient mit dem daran gesetzten Schlauch als ein Saugapparat für den Inhalt der Blase, indem in letztere ein zweites, durch ein gebogenes ┳-Stück mit dem dicken Schlauch verbundenes Drainrohr durch die Inzisionswunde eingelegt wird. Die übrigen Einzelheiten, die manchen nützlichen Wink enthalten, mögen im Original nachgelesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Neues kombiniertes Verfahren der totalen Prostatektomie, von Henry Coypé. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 70.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Prostatoectomia subpubica, von Duhot. (*Annal. de la Policl. centr.* 1907. Nr. 4.) An der Hand einer Ektomie der hypertrophierten Prostata nach Freyer bespricht Verfasser die Geschichte, die Indikationen, die Technik und die Resultate dieser Operation. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Vergleichende Untersuchungen über den Wert der totalen perinealen und totalen transvesikalen Prostatektomie, Methode Freyer, von Jean R. Eyquard. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 96.) *Fritz Loeb-München.*

Die Pathogenie und die Behandlung der nicht tuberkulösen Abscesse der Prostata, von P. Herescu-Bukarest. (*Spitalul.* 1907. Nr. 22.) Die beste Behandlung für Prostataabscesse ist die operative Eröffnung vom Perineum aus, welchen Vorgang der Verfasser in 40 Fällen durchgeführt hat und hierbei 38 Heilungen und 2 Todesfälle zu verzeichnen gehabt, die aber nicht auf die Operation, sondern auf die Allgemeininfektion infolge grofser durch längere Zeit vernachlässigte Abscesse zurückzuführen sind.

Die Häufigkeit der betreffenden Abscesse macht eine genaue Untersuchung der Vorsteherdrüse in allen Fällen von Blennorrhoea posterior zur Pflicht und falls man Hypertrophien derselben vorfindet, soll die Massagebehandlung aufser der lokalen, der Urethritis, eingeleitet werden.

In den meisten von Herescu beobachteten Fällen von Prostataabscefs war ätiologisch Tripperinfektion nachzuweisen, in anderen wieder mufs die Schuld der Erkrankung auf fehlerhaft ausgeführte Janetsche Spülungen zurückgeführt werden. Es darf eben nicht vergessen werden, dafs diese sonst so ausgezeichnete Behandlungsmethode, wenn von Unberufenen oder Ungeschickten ausgeführt, viel mehr Schaden, als Nutzen zu stiften imstande ist. *E. Toff-Braila.*

Über Carcinom der Prostata auf Grund anatomo-pathologischer und klinischer Untersuchungen, von Boleslav Motz-Paris und Felix Majewski-Warschau. (*Gazeta lekarska.* 1907. Nr. 34—36.) Verfasser hatten folgendes Material zur Verfügung: 1. makro- und mikroskopische Präparate von 26 Fällen, in denen das Prostatacarcinom klinisch diagnostiziert wurde, und von 30 Fällen, in denen die Diagnose erst nach der Sektion und nach der anatomischen Untersuchung gestellt werden konnte, und 2. 60 klinische Beobachtungen. Nach eingehender Beschreibung der Ergebnisse der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung der Präparate und nach Schilderung der klinischen Beobachtungen, besprechen Verfasser die Frage der operativen Erfolge bei Prostatacarcinomen und betonen, dafs diese Erfolge in den meisten bisher bekannten Fällen ungünstig ausfielen: von fünf diesbezüglich als rezidivfrei veröffentlichten Fällen gehören drei in die Reihe solcher, bei denen sich nach Erfahrungen der Verfasser früher oder später ein Rezidiv einstellen mufs.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Harnverhaltung im Kindesalter (zugleich ein Beitrag zur Frage der Pyocyaneussepsis), von Victor Blum-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1907. Nr. 43 und *Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 47.) Bei einem 3jährigen Knaben bestand diurne und nocturne Incontinentia urinae ohne Lokalbefund und ohne Nervenbefund. Bei der Obduktion wurden im Harne Reinkulturen von Pyocyaneusbazillen angetroffen; in der Urethra wurde keinerlei Harnabflufshindernis entdeckt. Die Untersuchung des Rückenmarkes ergab im Sakralmarke starke Hyperämie durch den ganzen Querschnitt, axonale Degeneration der grofsen Vorderhornzellen und eine Verdoppelung des Zentralkanales im Sakralmarke. In dieser spinalen (poliomyelitischen) Läsion im Sakralmarke an der Stelle, in welche das spinale Blasenzentrum verlegt wird, nimmt der Verfasser die primäre Ursache der Harnverhaltung an.

Die Infektion durch Pyocyaneuskeime kam vermutlich durch den Katheterismus der durch Harnstauung dilatierten Blase zustande. *Schourp-Danzig.*

Untersuchungen über die Harnabsonderung bei Abflufserschwerungen, von Ed. Allard-Greifswald. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* 1907. H. 3 u. 4.) Die durch den Gegendruck erzeugten Veränderungen in der Zusammensetzung des Harns der „Widerstandsniere" sind mit der Annahme einer Resorption in den Harnkanälchen nicht zu erklären. Man ist vielmehr zu der Auffassung berechtigt, dafs durch die Abflufserschwerung eine bedeutende Behinderung der normalen Glomerulusausscheidung bewirkt wird, verbunden mit einer geringen Beeinträchtigung der Funktion der Kanälchenepithelien. Unter diesen Voraussetzungen lassen sich die komplizierten Verhältnisse der Zusammensetzung des unter Gegendruck gelieferten Harns mit der Bowmann-Haidenhainschen Sekretionstheorie in ihrer modernen Fassung zwanglos in Einklang bringen. Die starken Differenzen in den absoluten Mengen des Harns selbst und seiner Bestandteile auf der Druckseite gegenüber der anderen freien Seite sind zum gröfsten Teil auf die kompensatorische Mehrarbeit der anderen Niere zu beziehen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die verschiedenen Arten der Anurie, ihre Pathogenese und Therapie, von L. Casper-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1907. Nr. 10.) C. teilt mehrere Fälle von Anurie mit, die hinsichtlich der Pathogenese zeigen, dafs, abgesehen von dem völligen Zugrundegegangensein des Nierenparenchyms die Steigerung des intrarenalen Druckes, ein peripherer Reiz auf reflektorischem Wege, ein eingeklemmter Stein durch reflektorischen Verschlufs des anderen Ureters, endlich ein doppelseitiger Ureterkrampf auf hysterischer Basis eine Anurie hervorrufen kann. In therapeutischer Hinsicht konnte bei fast allen Fällen mit Erfolg eingegriffen werden. In dem einen Falle, bei einem Neugeborenen, führte die Beseitigung des peripheren Hindernisses, bei einer Nephritis die Entkapselung, bei dem Falle von Hysterie die blofse Katheterisierung der Ureteren und endlich bei einem eingeklemmten Stein der Katheterismus und die anschliefsende Ausdehnung des nicht verstopften Nierenbeckens zur Heilung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Wie ist eine akute Harnretention zu behandeln? von A. Pappa. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 42.) Kurze Schilderung der krankhaften Veränderungen, die zu akuten Harnretentionen führen können, und Beschreibung der Mafsnahmen, die in den einzelnen Fällen zu treffen sind; Neues wird dabei nicht vorgebracht.

Götz-München.

Zwei abnorme Urinbefunde bei Kindern, von F. Stirnimann-Luzern. (*Correspond.-Bl. f. Schweizer Ärzte.* 1907. Nr. 21.) Ein Kind von 14 Monaten war mit Arnicatinktur gepinselt worden und hatte auch einige Tropfen davon einzunehmen bekommen. Es entleerte darauf einen Urin mit schmutziger rotvioletter Färbung. Die Arnica-

tinktur enthält Thymohydrochinonmethyläther; aus ihr war Thymol in den Urin gelangt, welches sich aus dem filtrierten Urin nach Einwirkung von eisenchloridhaltiger rauchender Salzsäure durch Chloroform extrahieren liefs.

Bei einem 16 Monate alten Kinde, das an Enuresis nocturna litt, wurden im Urin wachsartige Cylinder gefunden. Die Cylinder waren typisch homogen, stark lichtbrechend, schollig und andeutungsweise gelblich. Die Amyloidreaktion mit Jod und mit Gentianaviolett blieb stets aus. Anhaltspunkte für irgendeine Erkrankung des Kindes fehlten. *Schourp-Danzig.*

Untersuchungen über die Ursachen der anormalen Reaktion, welche bei der Fehlingschen Probe zuweilen am Urin zu konstatieren ist, von F. W. Pavy-London. (*Lancet.* 4378—4380.) Jeder, der Gelegenheit hat, etwas häufiger Urinuntersuchungen vorzunehmen, wird wohl die Beobachtung gemacht haben, dafs die Fehlingsche Probe gelegentlich kein klares, befriedigendes Resultat liefert. Dies kann durch verschiedene Faktoren bedingt sein, unter denen die Harnsäure und das Kreatinin bereits in verschiedenen Publikationen erwähnt sind. P. weist nun zunächst darauf hin, dafs die Art der Ausführung der Probe zweifellos Einflufs auf das Ergebnis hat. Mikroskopisch stellt sich (wie an den Abbildungen dargelegt wird) das Präzipitat ganz anders dar, wenn man in der meist üblichen Weise gleiche Mengen der zuckerhaltigen Lösung und Fehlingsches Reagens zusammen erhitzt, als wenn man zu der zuckerhaltigen Flüssigkeit nur tropfenweise Fehlingsche Lösung zusetzt. Im ersteren Falle erhält man unter dem Mikroskop relativ grobe, klumpige und viereckige Massen, im letzteren ein ganz feines, sandiges Bild. Ferner hat die Gegenwart von Ammoniak eine hemmende Wirkung auf die Reaktion, und erst wenn durch etwas längeres Erhitzen dasselbe verjagt ist, tritt diese hervor, und zwar in einer mehr schmutziggrüngelben und schliefslich bräunlichen Nüance. Vorhandensein von Eiweifs hat ebenfalls einen stark verzögernden Einflufs, und das mikroskopische Bild des Niederschlags ist wiederum ein modifiziertes. Die Reduktionsfähigkeit der Harnsäure ist nach P.s Berechnungen etwa halb so grofs wie diejenige der Dextrose. Kreatinin in reichlicher Menge wirkt zunächst hemmend auf die Reduktion der Dextrose infolge des bei der Erhitzung entstehenden Ammoniaks, trotzdem das Kreatinin an sich ein unzweifelhaftes, wenn auch nicht sehr erhebliches Reduktionsvermögen besitzt. Ferner hat Harnstoff, wenn in etwas reichlicher Menge vorhanden, und namentlich im Verein mit Kreatinin einen erkennbar hemmenden Einflufs. Auf den Urin übertragen, erleiden infolge der komplizierten Zusammensetzung desselben alle diese Verhältnisse gewisse Modifikationen, wenn auch die Grundzüge dieselben bleiben. Das mikroskopische Bild des Präzipitats bei vorhandener Dextrose im Urin zeigt eine äufserst feine, fast amorphe Verteilung. Wenn der Urin nur wenig Zucker enthält, bedingt die Art der Ausführung der Probe bekanntlich oft sehr widersprechende Resultate. Eine allzu empfindliche Reaktion, wie bei der Saffraninprobe, hält P. nicht für empfehlenswert, da ein gewisser Gehalt an Zucker und anderen Reduktionsmitteln auch im normalen Urin vorhanden ist. Als ein zuverlässiges Reagens hat P. seit Jahren folgende Modifikation der Fehlingschen Lösung verwendet: ℞ Cupr. sulphuric. cryst. 34,65, Kali. natro-tartaric. (Sel de Rochelle), Kalii caustic. ꜩ 170,0, Aq. dest. ad 1000,0.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Kochsalzausscheidung bei Nierenerkrankungen, von Hermann Bolte. (Dissertation, Kiel. 1907.) Die Chlornatriumausscheidung bei Nierenkranken ist kein ganz sicheres Mafs für die Stärke der Funktionsstörung der Niere, doch spricht die geringe oder fehlende Zunahme der Ausscheidung bei Zugabe von Kochsalz zur Nahrung für eine Schädigung der Nierensekretion.

Fritz Loeb-München.

Über das Vorkommen von Indikan, Albumin und Cylindern im Urin, von JOHN R. WILLIAMS-Rochester. (*New York med. Journ.* 16. Nov. 1907.) Verfasser machte im Verlaufe eines Jahres 600 Urinuntersuchungen und kam hierbei zu folgenden Resultaten: Indikan ist in einem großen Prozentsatz der Harne, die man täglich zu untersuchen hat, vorhanden und zwar war es in beträchtlicher Menge in 12%, in mäßsiger Menge in 12,5%, zusammen = 24,5% vorhanden. In 50% der ersteren (93) Fälle fehlte Eiweiß, ausgesprochene Indikanurie war also zweimal so oft bei Fehlen von Eiweiß als bei dessen Gegenwart vorhanden. Eiweiß war in 26,6% der Fälle (160) verhanden, die Hälfte dieser Fälle waren mit Indikanurie verbunden, welche in deutlicher Weise mit der Menge des Eiweißes an Frequenz zunahm. W. beobachtete, daß in Fällen dieser Art die Albuminurie rasch abnimmt, wenn gegen die Quelle der Indikanproduktion geeignete Behandlung eingeleitet wird. Bezüglich der Bedeutung des Indikans ist die Frage noch offen, ob es eine solche in bezug auf das Allgemeinbefinden des betreffenden Patienten hat, wenn auch dessen diagnostischer Wert als Indikator vorhandener Darmfäulnis feststeht; die Beziehungen hingegen resorbierter Darmtoxine, wovon Indikan einen Typus darstellt, zu Nierenstörungen (Albuminurie und Harncylinder) wollte W. mit vorliegender Arbeit der Aufklärung näher bringen. *Stern-München.*

Zur Verwertbarkeit der BUCHNERschen Eiweißbestimmung im Harn, von W. ENGELS-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Verfasser stellt vergleichende Bestimmungen des quantitativen Eiweißgehaltes zwischen der ESSBACHschen und der BUCHNERschen Methode an, indem er die gewichtsanalytische Bestimmung zugrunde legt. Er kommt zu folgendem Resultat: Die BUCHNERsche Methode ist am besten zu gebrauchen bei Harnen, die unter 3‰ Albumen enthalten, bei Harnen mit Eiweißgehalt bis zu 1% gibt die ESSBACHsche Methode genauere Resultate. Bei höherem Eiweißgehalt lassen beide Methoden im Stich.

Carl Schramm-Dortmund.

Zur Genese der Albuminurie, von SCHMIDT-Badenweiler. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 45.) Das Eiweiß im Harn von Nierenkranken entstammt der allgemeinen Anschauung zufolge in der Hauptsache dem Blute; das durch entzündliche Veränderungen geschädigte Nierenfilter soll dem Blutalbumin Durchlaß gewähren. SCHM. hält es dagegen wohl für möglich, daß unter Umständen alles oder fast alles im Nephritikerharn zur Ausscheidung gelangende Eiweiß von den kranken Nieren selbst produziert wird; wie jedes entzündete Organ, so kann wohl auch die entzündete Niere ein eiweißhaltiges Wundsekret absondern, das im allgemeinen um so eiweißreicher sein wird, je frischer, intensiver und ausgebreiteter der pathologische Prozeß ist. In letzter Linie würde natürlich auch dieses Eiweiß aus dem Blute stammen, aber als Wundsekret, als Exsudat wäre es doch von einem Filtrat prinzipiell verschieden und würde sich daher wohl von den Eiweißkörpern, die bei Stauungszuständen, bei physiologischer und orthostatischer Albuminurie ausgeschieden werden, unterscheiden lassen. Damit könnten die oft bestehenden differential-diagnostischen Schwierigkeiten beseitigt werden. *Göts-München.*

Die praktische Bedeutung einer Spur von Eiweiß im Urin, von J. P. TUNIS. (*Amer. Journ. med. scienc.* Juli 1906.) Um eine Klärung der Frage von der prognostischen Bedeutung einer in Spuren auftretenden Albuminurie zu fördern, hat Verfasser zunächst an einige 20 hervorragende amerikanische Ärzte einen Fragebogen gerichtet über folgende drei Punkte: ob Albuminurie physiologisch sein kann, ob dem betreffenden Arzte Fälle einer zehn Jahre oder länger bestehenden spurweisen Albuminurie bei einem sonst völlig intakten Menschen bekannt wären, und ob die Sterblichkeit unter Menschen mit habitueller leichter Albuminurie größer sei als unter

ganz normalen Individuen. Aus den erhaltenen Antworten sowie aus dem Studium der Literatur zieht Verfasser trotz vielfacher Divergenz der Ansichten den Schluſs, daſs eine physiologische Albuminurie nicht als solche existiert. Die diagnostische und prognostische Bedeutung von Albumenspuren richtet sich nach den gleichzeitigen sonstigen Symptomen, braucht aber nicht immer von übler Vorbedeutung zu sein. Als eine praktische Probe auf die Art der Albuminurie empfiehlt Verfasser die von Wright und Ross verwendete Verabreichung von 2,5—3,5 Calciumlaktat in Lösung. Bei wirklicher Nephritis wird die Ausscheidung des Eiweiſses erheblich gesteigert, bei intakten Nieren nicht. Für die akkurateste Probe auf Eiweiſs erachtet T. die Robertssche Lösung (1 Teil Acid. nitric. auf 5 Teile einer gesättigten wässerigen Lösung von Magnesiumsulphat), doch muſs die weiſse Ringbildung binnen zwei Minuten erfolgen, um auf Eiweiſs schlieſsen zu lassen. Mucin bildet eine diffuse Wolke oberhalb der Berührungsfläche. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einige gutartigere Formen chronischer Albuminurie, von Gottlieb Salus-Prag. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 16.) Verfasser bespricht die bekannten gutartigen Formen chronischer Albuminurie mit besonderer Berücksichtigung der Albuminurien im Kindesalter. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Albuminurien infolge endogener Intoxikation, von Ch. Fiessinger. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 35.) Albuminurien infolge endogener Intoxikation kommen vor bei arthritischer Diathese, Gicht, Diabetes, Schwangerschaft, Hautkrankheiten und Verbrennungen.

Die arthritische Albuminurie ist dadurch ausgezeichnet, daſs nur geringe Eiweiſsmengen ausgeschieden werden und der Blutdruck nicht gesteigert ist; der Urin enthält Harn- und Oxalsäure, sowie Phosphate in groſsen Mengen. Die Affektion bleibt lange Zeit konstant, ohne Neigung zu Verschlimmerung zu zeigen, und kann sich sogar vollständig zurückbilden. Kopfschmerzen und Müdigkeit, die im Verlaufe häufig auftreten, müssen auf bestehende gastro-intestinale Störungen zurückgeführt werden und verschwinden mit diesen. Die Affektion hat vielfache Ähnlichkeit mit der Albuminurie der Neurastheniker, wie ja auch Neurasthenie und Arthritismus verwandte Zustände sind. Die Behandlung der arthritischen Albuminurie ist die gleiche wie die der Albuminurie bei Gicht; ist doch Arthritismus, der die Folge einer Verlangsamung des Stoffwechsels und einer Trägheit der Leberfunktion darstellt, als eine Art abgeschwächter Gicht zu betrachten.

Die Albuminurie der Gichtiker hat durchaus nicht die schlimme Bedeutung, die ihr gewöhnlich zugesprochen wird; interstitielle Nephritiden mit Blutdrucksteigerung kommen bei Gichtkranken nur ausnahmsweise vor. Die Behandlung besteht in erster Linie in entsprechender Regulierung der Diät. Auſserdem sollen die Kranken fleiſsig leichte turnerische Übungen (Freiübungen) machen und täglich spazieren gehen. Von Medikamenten wird nur Natrium sulfuricum und bei Gichtanfällen Colchicin verordnet.

Bei Diabetikern kommen drei Arten von Albuminurien vor: die funktionelle Albuminurie, die Albuminurie mit Nierenveränderungen und die Albuminurie infolge von Komplikationen des Diabetes. Die funktionelle Albuminurie der Zuckerkranken ist nichts schlimmes. Die ausgeschiedenen Eiweiſsmengen sind gering, sie betragen bis zu 1 g pro die; steigt die Menge auf 2—3 g, dann muſs man allerdings an eine Erkrankung der Nierenepithelien denken. Eine Behandlung erfordert diese Art der diabetischen Albuminurie nicht. Antipyrin, das „bei Diabetes sehr gute Dienste leistet", läſst F., wenn Albuminurie vorhanden ist, weg; dafür gibt er Natrium arsenicosum mit Codein = 2 mal täglich 1 Pille à 0,001, steigend bis täglich 4—5 Pillen. Bei der Albuminurie der Diabetiker mit Nierenveränderungen handelt es sich um

nichts anderes, als um Nierensklerose infolge allgemeiner Arteriosklerose. In derartigen Fällen mufs bei der Behandlung des Diabetes in den Hintergrund treten, das wichtigste ist hier die interstitielle Nephritis. Sind Ödema und Blutdrucksteigerung vorhanden, so wird Theobromin mit Digitalin gegeben, der Fleischgenufs eingeschränkt, der Kochsalzgehalt der Nahrung möglichst vermindert. Wenn die von den Nieren und dem Herzen ausgehenden Erscheinungen beseitigt sind, läfst man mit Vorteil Natrium arsenicosum nehmen. — Die Komplikationen des Diabetes, die Albuminurien hervorrufen können, sind die Tuberkulose und Eiterprozesse in den Harnwegen; bei den letzteren ist Urotropin zu verordnen.

Die Schwangerschaftsalbuminurie kann infektiösen oder toxischen Ursprungs sein; in manchen Fällen bilden Intoxikation und Infektion zusammen die Ursache. Die Behandlung ist einfach: die Patientinnen bekommen einen Tag nur Wasser, dann fünf bis sechs Tage lang Milch, zur Hälfte mit Wasser verdünnt oder pure Milch und schliefslich, wenn nur mehr Spuren von Eiweifs vorhanden sind, kochsalzfreie Nahrung; dabei mufs stets für genügende und regelmäfsige Darmentleerung gesorgt werden. In schweren Fällen ist die Applikation blutiger Schröpfköpfe zu empfehlen.

Bei der Entstehung der Albuminurien infolge von Hautkrankheiten und Verbrennungen spielen auch Infektionen neben den Intoxikationen eine Rolle. Die regelmäfsige Untersuchung des Urins ist bei Dermatosen und Verbrennungen ebenso notwendig, wie bei der Schwangerschaft; hat doch F. „vor etwa 20 Jahren eine Frau, deren Ekzem zu schnell ausgetrocknet war, an urämischen Erscheinungen sterben sehen.“ Die Albuminurien bei Verbrennungen erfordern neben Behandlung der Brandwunden selbst Bettruhe und Milchdiät. Das Auftreten von Nierenaffektionen bei Hautkrankheiten, speziell bei Ekzem kann vermieden werden, wenn man äufserlich nur indifferente Streupulver verwendet, die Diät in entsprechender Weise reguliert, Gewürze und Fleisch vermeiden läfst und die Kranken beim Auftreten der geringsten Eiweifsspuren auf Milchdiät setzt. Die beste Behandlung des Ekzems, besonders des generalisierten Ekzems, ist nach F. nicht die äufserliche, sondern die innerliche. Ekzeme heilen, wenn die Kranken weder Fleisch noch Wein, Kaffee oder Gewürze gebrauchen und salinische Abführmittel in kleinen Mengen, am besten täglich einen Kaffeelöffel voll einer Mischung von 80,0 Natrium sulfuricum mit 20,0 Natrium bicarbonicum nehmen. Heilung, die auf diese Weise erzielt wird, bringt niemals Schaden. Bei anderen Dermatosen, Lichen, Psoriasis usw. mufs jede örtliche Behandlung unterbleiben, sobald sich Spuren von Eiweifs im Urin zeigen. Erst wenn das Eiweifs bei allgemein diätetischer Behandlung verschwunden ist, darf vorsichtig mit lokaler Behandlung einzelner umschriebener Partien begonnen werden. (Die Behauptungen des Verfassers werden wohl nicht alle Anklang finden. Ref.)

Götz-München.

Die infektiösen Albuminurien, von Ch. Fiessinger. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 38.) Nachdem F. die tuberkulösen und die syphilitischen Albuminurien in eigenen Arbeiten bereits geschildert hat, beschreibt er hier die Albuminurien infolge von Scharlach, Influenza, Typhus, Pneumonie, Diphtherie, Cholera, Blennorrhoe, akutem Gelenkrheumatismus, Enteritis, Parotitis epidemica und Malaria.

Bei Besprechung der skarlatinösen Albuminurie teilt F. mit, dafs seinen genauen Beobachtungen zufolge im Jahre 1891 bei einer Scharlachepidemie von Scharlachrekonvaleszenten mit Nephritis die Nierenentzündung, nicht aber der Scharlach auf andere übertragen wurde; die Infektiosität gewisser skarlatinöser und nichtskarlatinöser Albuminurien steht für F. aufser Zweifel. Bei Besprechung der chronischen Scharlach-Albuminurien wird darauf hingewiesen, dafs die kochsalzfreie Ernährung bei ödematösen Nephritikern sehr gut wirkt, dafs dagegen in Fällen, in denen eine

Retention toxischer Stoffe und infolgedessen Neigung zu urämischen Anfällen besteht, nur die Milchdiät am Platze ist. Unter den Medikamenten, die bei Scharlach-Albuminurie gegeben werden, erwähnt F. — ohne sie zu empfehlen — neben Tannin die Tinctura Cantharidum und eine Abkochung von Schweinsnieren; er selbst verordnet nur Theobromin und Digitalin und in späteren Stadien, oder wenn Digitalin nicht vertragen wird, Koffein.

Die Influenza-Albuminurien teilt F. in drei Gruppen ein: die vorübergehenden Albuminurien, die hämorrhagischen Nephritiden ohne Ödeme, bei denen Bettruhe, Milch-Wasserdiät und Gebrauch kleiner Chinindosen (0,25—0,3 pro die) angezeigt ist, und die akuten Nephritiden mit Ödemen; die Prognose ist in allen Fällen ziemlich günstig.

Bei Typhuskranken kommen, abgesehen von vorübergehenden Albuminurien, schwere Nierenentzündungen vor, die rasch Herzdilatation und urämische Erscheinungen herbeiführen. In solchen Fällen sind lauwarme oder kühle Bäder (25—22°), wie sie bei Typhus überhaupt gegeben werden, von guter Wirkung; die Kranken bekommen aufserdem 1—3 Tage lang nur Wasser, dann Milch mit Wasser verdünnt. Fleischbrühen und Alkoholika sind dauernd zu vermeiden. Zur Prophylaxe der Albuminurie bei Typhus empfiehlt F. die Anwendung der Bäder vom Beginn der Krankheit an und weitgehende Einschränkung im Genusse von Fleischbrühen, die überhaupt überall, wo die Nieren infolge einer Infektion mangelhaft funktionieren, schädlich sind.

Bei der Malaria-Albuminurie macht F. darauf aufmerksam, dafs Chinin bei manchen Individuen Hämoglobinurie oder Hämaturie hervorzurufen scheint; gibt man solchen Kranken innerlich Calcium chloratum (4,0—6,0 pro die), dann wird Chinin sehr gut vertragen. *Göts-München.*

Über gutartige Albuminurien, von v. Noorden-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 42.) Jeder normale Harn enthält Spuren von Eiweifs, daneben gibt es aber eine Reihe von Fällen, wo es ungemein schwer ist, über die Bedeutung der Albuminurie ins klare zu kommen. Um nun zu entcheiden, ob man es mit einer Nephritis zu tun habe oder nicht, werden meist zwei Merkmale herangezogen.

1. Es wird untersucht, ob die Albuminurie eine dauernde ist, oder ob sie intermittierend auftritt.

2. In zweiter Linie legt man ein entscheidendes Gewicht auf die Gegenwart von Harncylindern, ein Symptom, welches meist überschätzt wird. v. N. warnt davor, jene Kriterien zu überschätzen. Von sehr viel gröfserer Bedeutung als zeitliche Verteilung, Quantität des Albumins und als die Anwesenheit oder Abwesenheit von einfachen Harncylindern ist für die Frage der gutartigen Albuminurie das Verhalten des Gefäfssystems sowohl des Herzens wie der Blutgefäfse, des Blutdrucks und der Pulswelle. Zu den gutartigen Albuminurien gehört:

1. Die reine und typische Form der sogenannten orthostatischen Albuminurie, am häufigsten bei Kindern von 7—15 Jahren.

2. Juvenile Albuminurie, die mit der orthostatischen insofern Ähnlichkeit hat, als auch sie nur bei schwächlichen Individuen vorkommt, bei Kräftigung des ganzen Körpers verschwindet und keine Neigung zum Übergang in fortschreitende Nierenkrankheit zeigt; auch hier ist der allgemeine Blutdruck eher niedriger, als dafs er die Norm überschritte, und von einer Verstärkung des zweiten Aortentons ist keine Rede. Dagegen wird oft eine geringe Dilatation des Herzens gefunden. Diese Form findet sich viel bei Chlorotischen.

3. In die dritte Gruppe von harmlosen chronischen Albuminurien gehören gewisse Fälle, wo nach Ablauf einer zweifellosen akuten Nephritis eine dauernde Eiweifs-

ausscheidung zurückgeblieben ist, ohne dafs sonstige Zeichen einer fortschreitenden Nierenkrankheit da wären.

4. Gewisse Formen der prätuberkulösen Albuminurie gehören ebenfalls hierher, ebenso wie

5. die Eiweifsausscheidung bei Stoffwechselkrankheiten, Diabetes mellitus.

6. Die Altersnephritis ist ebenfalls harmlos, sie stellt sich als Nierenschrumpfung dar und beruht auf Altersveränderungen der Gefäfse, es handelt sich nur um ein Alterssymptom.

Nach den Ausführungen zieht v. N. die Grenzen der harmlosen Albuminurie weiter als dies gewöhnlich geschieht, indem er sich lediglich auf die klinische Erfahrung stützt. In therapeutischer Beziehung behandelt Verfasser die orthostatische und juvenile Albuminurie mit kräftiger, gemischter Ernährung, Zufuhr einer eiweifsfreien gemischten Kost, systematischer Muskelbetätigung und abhärtenden Badeprozeduren usw. Verfasser verbreitet sich dann länger über die Unzweckmäfsigkeit einer kritiklosen Behandlung lediglich mit Milch, Ruhe usw. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die nervösen Albuminurien, von Ch. Fissinger. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 40.) Nervöse Albuminurien kommen nach F. vor bei Gehirnblutungen und Schädelverletzungen, bei Epilepsie, Hysterie, Basedowscher Krankheit, Tabes und progressiver Paralyse, dann bei Neurasthenie und endlich infolge peripherer nervöser Reizungen, wie Einreibungen von Terpentinöl oder Petroleum. Von den nervösen Albuminurien infolge von Gehirnblutungen sind zu unterscheiden die renalen, Gehirnblutungen verursachenden Albuminurien. Die ersteren verschwinden nach einigen Tagen wieder, ebenso die nervösen Albuminurien infolge von Schädelverletzungen; sie erfordern, wenn der Blutdruck gesteigert ist, einen Aderlafs oder die Applikation blutiger Schröpfköpfe in der Lendengegend, aufserdem kochsalzarme Milch-Gemüsediät und Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr auf ungefähr einen Liter. Auch die Eiweifsausscheidung infolge epileptischer Anfälle hört nach kurzer Zeit von selbst wieder auf. Zuweilen rufen epileptische Krisen einen Symptomenkomplex hervor, der dem der akuten Nephritis mit Urämie durchaus gleicht; andererseits kann Urämie epileptiforme Erscheinungen erzeugen. Die rein nervösen Albuminurien bei Hysterie und Basedowscher Krankheit bedürfen an sich keiner Behandlung. Bei den nervösen Albuminurien der Paralytiker ist eine energische Ableitung auf die Haut durch Haarseile angezeigt, Vesikatore, besonders Kantharidenpflaster wirken dagegen schlecht. Auch bei Tabikern kommen — neben renalen und syphilitischen — rein nervöse Albuminurien vor. Die Eiweifsausscheidungen der Neurastheniker können durch gastrointestinale Störungen und durch Veränderungen in der Leber bedingt, sie können aber auch rein nervöser Natur sein. Zu den rein nervösen Formen rechnet F. die Eiweifsausscheidungen, die sich bei Neurasthenikern an abgelaufene Nephritiden anschliefsen, hierher gehören ferner die Albuminurien älterer, jenseits der vierziger Jahre stehender Neurastheniker, wenn der Blutdruck vermindert und die Stickstoffausscheidung durch den Harn annähernd normal oder vermehrt ist. Nervöse Albuminurien bei Neurasthenikern infolge von Phosphaturie sind von Robin, nervöse Albuminurien infolge von Oxalurie von Bergouignan beschrieben worden; die Phosphaturie-Albuminurie wird durch nervöse Überanstrengung bei sitzender Lebensweise und überreicher Stickstoffzufuhr verursacht, Oxalurie-Albuminurie meist durch Verdauungsstörungen, die ihrerseits durch nervöse Überreizung bedingt sein können. Bei den Albuminurien infolge von peripheren nervösen Reizungen, wie Einreibungen von Terpentinöl oder Petroleum, spielt neben der äufseren Reizwirkung auf die Nerven die Intoxikation eine wesentliche Rolle. *Götz-München.*

Die mechanischen Albuminurien, von CH. FIESSINGER. (*Journ. d. pratic.* 1907 Nr. 41.) Mechanische Albuminurien sind häufig bedingt durch Blutstauungen, wie sie bei Herzdilatationen, aber auch bei einfacher stehender Haltung eintreten können; außerdem führt die Nephritis calculosa zu mechanischer Albuminurie. Von den Albuminurien bei Herzkrankheiten infolge von Blutstauung sind zu unterscheiden die Albuminurien der Herzkranken, bei denen die Veränderungen am Herzen durch Nierenaffektionen bewirkt sind; die Albuminurien sind in diesen Fällen renalen Ursprungs. Außerdem aber können auch bei Herzkrankheiten, die unabhängig von Veränderungen der Nieren sind, außer der Blutstauung noch andere Erscheinungen, wie septische Embolien, Niereninfarkte Eiweißausscheidung hervorrufen; speziell bei Aorteninsuffizienzen infektiösen, rheumatischen Ursprungs treten nicht selten schwere akute und subakute hämorrhagische Nephritiden auf, und es erscheint F. nicht unmöglich, daß solche Aorteninsuffizienzen zum Teil tuberkulöser Natur sind. Die mechanischen Albuminurien bei Herzkranken infolge von Blutstauung sind manchmal sehr stark; sie verschwinden gewöhnlich bei Bettruhe unter dem Gebrauch kleiner Digitalismengen und reiner Milchdiät. Bestehen sie aber nach Beseitigung der Herzinsuffizienz fort, so deutet das darauf hin, daß zur Blutstauung eine Infektion oder Intoxikation hinzugekommen ist, und daß sich nephritische Erscheinungen entwickeln.

Bei den mechanischen Albuminurien infolge stehender Haltung, den orthostatischen Albuminurien, sind stets mehr oder weniger tiefgehende Nierenveränderungen vorhanden: unter dem Einfluß der stehenden Haltung tritt eine Blutstauung in den Nieren und damit Eiweißausscheidung auf. F. unterscheidet mit CASTAIGNE folgende Arten von orthostatischen Albuminurien: 1. Die typischen Nephritiden, bei denen die Eiweißausscheidung durch stehende Haltung vermehrt wird; 2. die febrilen Albuminurien, die zweifellos renalen Ursprungs sind und am Ende der akuten Periode oder während der Rekonvaleszenz Eiweißausscheidung rein orthostatischen Charakters erkennen lassen; 3. die orthostatischen Albuminurien nach schweren infektiösen Krankheiten oder vorausgegangenen Nephritiden; 4. die orthostatischen Albuminurien, die funktioneller Natur zu sein scheinen, bei genauer Untersuchung der Nierenfunktion aber doch auf eine organische Veränderung der Nieren zurückgeführt werden können; 5. die orthostatischen Albuminurien ohne vorausgegangene Nephritiden und ohne Zeichen von Insuffizienz der Nieren, sie sind nach CASTAIGNE durch angeborene oder erworbene Schwäche des Nierenepithels bedingt. Die Behandlung all dieser Arten besteht in Einschränkung des Fleischgenusses, Verbot aller nicht frischen Fleischsorten, Warmhaltung des Körpers durch Flanellunterkleidung, trockenen Abreibungen, Gebrauch leichter Abführmittel und Kuren in Evian, Vittel, Vichy usw.; nach Tisch sollen die Patienten stets eine Stunde liegen.

Mechanische Albuminurien können endlich auch durch Steine im Nierenparenchym hervorgerufen sein. Solche Steine führen häufig zu schweren Zerstörungen der Nierensubstanz, die Eiweißausscheidung, die dabei entsteht, ist gewöhnlich gering, neben dem Eiweiß enthält der Urin Blutkörperchen und Fibringerinnsel. Die Behandlung besteht in Anregung der Diurese und Verabreichung harnsäurelösender Mittel, wie benzoësaures Lithiumoxyd, Piperazin, Sidonal, Lycetol; auch Kuren in Evian oder Vittel sind angezeigt. In schweren Fällen muß operativ eingegriffen werden. *Götz-München.*

Über die Pathogenese der orthostatischen Albuminurie und ihren häufig tuberkulösen Ursprung, von A. CHARLIER-Lyon. (*Presse méd.* 1907. Nr. 86.) In den letzten Jahren hat man der Ätiologie und Pathologie der orthostatischen Albuminurie eine gesteigerte Aufmerksamkeit zugewendet und gefunden, daß dabei in vielen Fällen bakterielle oder toxische Noxen im Spiele sind. So hat man Scarlatina, Typhus,

Rheumatismus, Diphtherie, Varicellen, Rubeolen, Chorea, Syphilis, und endlich Tuberkulose dafür verantwortlich gemacht. Die Annahme der letzten Ursache fand man in einer ziemlich erheblichen Angabe von Fällen durch spätere, schwere Tuberkuloseerkrankungen oder die Sektion bestätigt. Häufig findet man die orthostatische Albuminurie vergesellschaftet mit adenoiden Wucherungen, Drüsenschwellungen, Chorea, Neurasthenie, Skrophulose, Mitralstenose usw., Affektionen, die sämtlich mehr oder weniger mit der Tuberkulose in Zusammenhang stehen. Verfasser rät daher, bei orthostatischer Albuminurie stets sein Augenmerk auf diese Möglichkeit zu richten, da sich die Funktionsstörung im Nierenepithel häufig früher bemerkbar macht, als der ursprüngliche tuberkulöse Krankheitsherd. *Carl Schramm-Dortmund.*

Orthostatische Albuminurie und Sterilität bei Infantilismus, von Aug. Mayer. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 46.) An der Hand eines Falles von Sterilität bei einer 20jährigen Frau mit infantilem Organismus und orthostatischer Albuminurie, macht Verfasser auf die Möglichkeit eines inneren Zusammenhanges zwischen Unfruchtbarkeit und orthostatischer Albuminurie einerseits und konstitutionellem Infantilismus andererseits aufmerksam. Die im Stehen einsetzende Albuminurie bedeutet die Kapitulation der Niere vor einer ihre Kraft übersteigenden Überbürdung. Die Ovarien erweisen sich durch die vorhandene Sterilität als unzulänglich; für die niedrigere Anforderung, eine Menstruation auszulösen, reichte die Funktion der Ovarien aus; für die höhere Leistung, entwicklungsfähige Eier zu produzieren, genügte sie nicht.
Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über orthotische Albuminurie bei Nephritis, von H. Engel-Helouan-Nauheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 45.) Die orthotische Albuminurie ist nicht als selbständige Krankheitsform, sondern nur als besondere Art der Eiweifsausscheidung bei den zur Albuminurie disponierten Individuen aufzufassen; sie kommt zweifellos auch bei Nephritikern vor. So beobachtete E. Eiweifsausscheidung rein orthotischen Charakters bei drei, zwischen 7 und 20 Jahre alten Kranken mit chronischer parenchymatöser Nephritis. Die Ursachen der orthotischen Albuminurie liegen nach E. nicht in den Veränderungen, die physiologisch durch Stehen und Liegen im Blutkreislauf, bezw. Blutdruck hervorgerufen werden. Es handelt sich bei den Patienten mit orthotischer Eiweifsausscheidung stets um jugendliche, höchstens anfangs der zwanziger Jahre stehende, rasch ermüdende Leute in einem Zustande der reizbaren Erschöpfung mit starker Labilität der Vasomotoren und gesteigerten Reflexen; die vertikale Stellung wird von ihnen als pathologische Leistung empfunden und mit einem Hypertonus der Nerven beantwortet, der zu einer gröfseren Anspannung und dann zu einem Versagen der physiologischen Gewebsfunktionen, speziell der Nieren, führt. Äufsert sich dieses Versagen der Nierenfunktion durch orthotische Eiweifsausscheidung, so beweist das, dafs die Nierenzellen die Schädlichkeit überwinden, sobald ihnen — durch horizontale Lage des Körpers — Zeit zur Erholung gegeben wird; diese Erholungsfähigkeit besitzt aber nur die jugendliche Zelle, der jugendliche Organismus. Aus all dem folgt, dafs die Prognose für jugendliche Nephritiker bei orthotischer Eiweifsausscheidung viel günstiger ist, als bei permanenter Albuminurie.
Götz-München.

Hämaturie renalen Ursprungs, von H. M. Christian-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 1. Okt. 1907.) Christian teilt diese Hämaturie in zwei grofse Gruppen, in solche mit und ohne Schmerzen, ein; erstere kommt vor bei Nierenstein, Nierentuberkulose, gut- oder bösartigen Nierengeschwülsten, die zweite Art bei chronischer interstitieller Nephritis, Angiom der Nierenpapille (selten) und auch bei Nierengeschwülsten (gut- oder bösartigen). Bei letzteren ist Bluthan in etwa 50% der Fälle eines der frühesten Symptome. Zu der Gruppe der schmerzlosen Hämaturie möchte

nun Christian noch die sogenannte essentielle oder idiopathische, welche eines der schwierigsten Probleme der Urogenitalpathologie darstellt, rechnen; er ist übrigens der Überzeugung, dafs in der Mehrzahl dieser Fälle degenerative Veränderungen in den Nieren vorhanden und dafs sie oft mit chronischer, interstitieller Nephritis verbunden sind. Schwierig ist oft die Unterscheidung, ob die Quelle der Blutung in den Nieren oder in der Blase liegt. Bei den mit Schmerz verbundenen Fällen sitzt derselbe, wenn renalen Ursprungs, in der Lumbalgegend; wenn andererseits Schmerzen in der Blasengegend, zusammen mit vermehrtem Harndrang vorhanden sind, so kann man die Blase als wahrscheinlichen Sitz der Blutung annehmen; auch ist in letzterem Falle der Charaker der Blutung ein intermittierender, plötzlich auftretend und plötzlich wieder verschwindend, der Urin ist blutrot gefärbt, eher alkalisch reagierend, bei Nierenblutung im allgemeinen sauer, hat die bekannte Rauchfarbe und enthält von Zeit zu Zeit wurmähnliche Blutgerinnsel (Cylinder). Für sehr wertvoll hält Christian folgende klinische Probe: wenn bei Ausspülung der Blase das Blut rasch verschwindet und ebenso rasch wieder erscheint, so ist anzunehmen, dafs das Blut von der Niere kommt; wenn jedoch nach der Spülung die Blutung nur langsam verschwindet und ebenso sich wieder einstellt, dann kann man annehmen, dafs sie in der Blase ihren Ursprung hat. Die Anwendung des Ureteren-Katheterismus verwirft Verfasser für solche Fälle, da die Cystoskopie völlig genügt, wenn die Blase rein genug gehalten werden kann. Was die Behandlung der idiopathischen Hämaturie betrifft, so hat bekanntlich in manchen Fällen die Nephrotomie Besserung gebracht, Christian möchte aber doch dieselbe möglichst eingeschränkt wissen, die sonstige Therapie bespricht er nur kurz referierend über die von anderen Autoren geübten Mafsnahmen. *Stern-München.*

Ein Saccharometer zur gleichzeitigen Bestimmung beliebig vieler Zuckerharne (modifiziertes Gär-Saccharoskop nach Citron), von H. Citron-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Die Möglichkeit, mehrere Harne gleichzeitig auf den Zuckergehalt zu prüfen, erzielt C., indem bei diesem Apparat die Gärung in Cylindern, in welche noch eine Vorkehrung zum Umrühren (der Rührer) eingelassen ist, ausgeführt wird. Es können nun von solchen Gärcylindern zwei, drei oder noch mehr gleichzeitig beschickt werden, und es wird im Thermostat und mit dem Saccharoskop zur gleichen Zeit dann die Prüfung vorgenommen. Die Reaktion ist in zwei Stunden beendet. Die Methode leuchtet als einfach und leicht ausführbar ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein neues Saccharimeter, von L. E. Walbum-Kopenhagen. (*New York med. Journ.* 1. Juni 1907.) W. versuchte in seinem Saccharimeter die Fehlingsche Methode zu vereinfachen. Der Apparat besteht aus einer graduierten Röhre, zwei Tropffläschchen, in welchen der Urin 1:1 oder 1:9 verdünnt werden kann, und einer 5 ccm enthaltenden Pipette. Die Analyse wird so ausgeführt, dafs man mittels der letzteren 5 ccm von Fehlings Kupferlösung in die graduierte Röhre gibt und dieselbe mit der zweiten Fehling-Lösung bis zur untersten Markierung auffüllt. Diese Mischung wird gekocht und fünf bis zehn Tropfen vom Urin 1:1 zugefügt, worauf wieder gekocht wird. Bleibt die Flüssigkeit nach einigen Sekunden noch blau, so werden noch einige Tropfen verdünnten Urins zugefügt, wieder gekocht usf. Ist die blaue Farbe völlig verschwunden, so wird die Flüssigkeit abgekühlt und die Zahl auf dem Niveau derselben zeigt den direkten Prozentgehalt an Zucker im ursprünglichen, unverdünnten Harn an. Ist der Zuckergehalt höher als etwa 3%, so genügt diese Verdünnung (1:1) nicht mehr zur genauen Bestimmung und mufs mit einer solchen von 1:9 die Probe ausgeführt werden; eine zweite Skala von dem graduierten Glase zeigt dann den Prozentgehalt im unverdünnten Urin an. Die Zuckerbestimmung mit dieser Methode rühmt W. als leicht und rasch (in 5 Min.) ausführbar. *Stern-München.*

Quantitative Zuckerbestimmung im Harn. Vergleichende Untersuchungen mit dem Rieglerschen und Pavyschen Verfahren und dem Polarisationsapparat, von Richard Levy. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1906.) Verfasser kommt auf Grund seiner vergleichenden quantitativen Zuckeruntersuchungen zu folgendem Ergebnis: Von den drei angewandten Methoden sind die Polarisierung und das von Pavy angegebene Verfahren in der Modifikation von Sahli einander ungefähr gleichwertig, sowohl hinsichtlich der Einfachheit der Ausführung, als auch der Genauigkeit der Resultate. Die Pavysche Methode geniefst aufserdem noch den Vorteil grofser Billigkeit der Untersuchungsmittel. Die Rieglersche Probe ist zeitraubend, häufig unzuverlässig und erfordert einen unbequemen, unhandlichen Apparat. Sie kann insbesondere dem praktischen Arzt nicht empfohlen werden, dem jedoch die Benutzung der Pavyschen Bestimmung dringend geraten wird. Wo bereits ein Polarisationsapparat vorhanden ist, kann ohne erhebliche Mühe als Vergleich die Titration nach Pavy vorgenommen werden. Auf diese Weise werden die genauesten Resultate zu erzielen sein. *Fritz Loeb-München.*

Über neue Harnzucker. Kurze Mitteilung von F. Rosenberger - Heidelberg. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1907. Nr. 39.) Geelmuyden hat angegeben, dafs Maltose im Harne Diabetischer nicht selten vorkommt. Als Kennzeichen dieses Zuckers nannte er grofse Neigung der Osazone, beim Umkristallisieren den Schmelzpunkt zu wechseln, Löslichkeit derselben in Azetonwasser (1 : 1) und eine bestimmte Form dieser Kristalle. Der Verfasser prüfte die Angabe Geelmuydens und ergänzt sie, indem er zeigt, dafs in menschlichen Urinen noch andere Zucker oder zuckerhaltige Körper vorkommen, deren Verbindung mit Phenylhydrazin sich genau so verhält wie das angebliche Maltosazon Geelmuydens. *Schourp-Danzig.*

Die chronische Pentosurie, von Manfred Bial - Kissingen (*Berl. Klinik.* Heft 226. April 1907.) Die Stoffwechseluntersuchungen zeigen, dafs die Pentosurie in keinem Zusammenhange mit dem Diabetes mellitus steht. Sie ist auch keine entsprechende Affektion für den Pentosenstoffwechsel, etwa eine Verminderung der Oxydationskraft für Pentosen. Die in der Nahrung zugeführten Pentosen bieten nicht die Quelle der Pentosurie, die Herkunft der Pentose ist vielmehr im Organismus des Pentosurikers zu suchen. Es ist ausgeschlossen, dafs die Kernsubstanzen des Körpers durch vermehrten Zerfall die Pentose liefern, dagegen deutet manches darauf hin, dafs die Quelle derselben durch den Stoffwechsel und das Zentralnervensystem gegeben ist. Interessant ist bei der Pentosurie vor allem das Verhalten des Urins, welches so leicht zu der irrtümlichen Diagnose Diabetes führt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Essentielle Pentosurie bei zwei Brüdern, von T. C. Janeway - New York. (*Amer. journ. med. science.* Sept. 1906.) Die ersten Mitteilungen über Pentosurie stammen aus dem Laboratorium von Salkowski, und die seither in der Literatur verzeichneten Fälle, deren J. 18 gesammelt hat, stammen mit ganz wenigen Ausnahmen auch aus deutschen Quellen. In Amerika, England und Frankreich ist, soweit Verfasser feststellen konnte, kein Fall bisher publiziert worden. Die beiden in dieser Mitteilung erwähnten Patienten waren in Deutschland geboren. Der ältere Bruder, 28 Jahre alt, war als zuckerkrank von einer Lebensversicherungsgesellschaft fünf Monate vor der Untersuchung abgewiesen worden. Die Untersuchung des Urins ergab: saure Reaktion, spezifisches Gewicht 1,028, Fehlingsche Lösung zeigt Reduktion, aber nicht prompt, sondern erst einige Minuten nach der Erhitzung und mit einem plötzlichen Übergang der ganzen Mischung zu einem Schmutzig-Gelbgrün (resp. Orange); Gärungsprobe negativ. Im weiteren Verlauf wurde konstatiert, dafs die Verabreichung von Carbohydraten so gut wie gar keinen Einflufs auf den Urinbefund ausübte. Die alsdann angestellte genauere Prüfung ergab nach Einfuhr von 100 g Dextrose absolutes

Fehlen von Glykosurie, negative Gärungsprobe und negative polarimetrische Prüfung. Beim anderen Falle war die Krankengeschichte dieser ähnlich. Verfasser betont die Bedeutung dieser Abnormität sowohl in bezug auf Behandlung (kein Verbot von Kohlehydraten!) und auf die oft bedeutungsvolle Frage der Lebensversicherung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von doppelseitiger Neuritis des N. cruralis bei Pentosurie, von Cassirer und Bamberger-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 22.) Die Pentosurie gilt bekanntlich allgemein als eine keineswegs bedeutungsvolle Erscheinung. Verfasser werfen hier die Frage auf, ob dieselbe doch vielleicht eine erheblichere Störung darstellen dürfte, als bisher angenommen wird. Sie berichten über einen Fall von ausgesprochener und länger (wenigstens mehrere Wochen lang) dauernder Neuritis beider Cruralnerven, bei welchem offenbar einige Zeit schon die Urinanomalie bestanden hatte. Sie stellen damit die Affektion in Parallele zu der Neuritis der Diabetiker und fordern zu weiteren Beobachtungen auf. Der vorliegende Fall betraf einen robusten 43jährigen Herrn mit Herzfehler. Alkohol war reichlich konsumiert worden; die neuritischen Erscheinungen konnten aber nicht als alkoholische gedeutet werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Über die Ätiologie der Stomatitis mercurialis und deren Therapie mittels Formamint, von Bruno Sklarek-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 49.) Die Quecksilberwirkung besteht wahrscheinlich in einer Nutritionsstörung des Gewebes, die Stomatitis entsteht durch lokale Reize und durch Bakterien. Das Formamint hat eine bakterienabtötende Kraft und ist daher gegen Stomatitis sehr brauchbar. Seine Anwendungsweise ist sehr bequem, dabei ist es absolut ungiftig, schädigt die Zähne nicht und schmeckt angenehm. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über eine einfache trockene Entkeimungsmethode der menschlichen Haut, von Wederhake. (*Centralbl. f. Chir.* 1907. Nr. 23.) Verfasser erzielt eine garantiert bakterienfreie Haut durch Waschen der Hände fünf Minuten lang mit der Bürste in einer Lösung von 1 Teil Jod in 1000 Teilen Tetrachlorkohlenstoff und Überziehen der Hände mit einer von Degen & Ruth in Düren beziehbaren Kautschuklösung. Diese reizt die Hände nicht, schmiert und klebt nicht, widersteht allen Unbilden der chirurgischen Tätigkeit, beeinträchtigt das Gefühl in keiner Weise und läſst sich leicht mit Tetrachlorkohlenstoff entfernen. Auſserdem ist sie infolge ihres Jodgehalts nicht nur keimfrei, sondern wirkt sogar antibakteriell. *F. Hahn-Bremen.*

Grenzgebiete der Dermatologie und Syphilis, von Rudolf Matzenauer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 46.) In seiner Antrittsvorlesung bei der Übernahme der dermatologischen Klinik in Graz hielt M. einen interessanten Vortrag über die Grenzgebiete der Dermatologie und Syphilis. Der Vortrag ist zu einem kurzen Referate natürlich nicht geeignet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Trichopathophobie-Furcht vor Haarkrankheit, von A. D. Mewborn-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 50, Nr. 1.) Anführung von Krankengeschichten einer Anzahl Personen mit nervöser Veranlagung, bei welchen die Furcht vor Kahlheit und der Kummer über Ausfallen oder Farbeveränderung der Haare, über Hypertrichosis oder über Fehlen des Bartes zu allerlei Vorstellungen und Störungen führte.

Schourp-Danzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. № 8. 15. April 1908.

Aus dem königl. dermo-syphilopatischen Institute Karl Albert.
(St. Ludwig-Hospital, Turin.)

Neuer kasuistischer Beitrag zu den experimentellen und therapeutischen Thalliumalopecien.

Von

Dr. K. Vignolo-Lutati,
Privatdozent für Dermatologie und Syphiligraphie an der Universität Bologna.

Vortrag,
gehalten in der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie, den 19. Dezember 1907, zu Rom.

Im Jahre 1905 habe ich über meine Experimente über Thalliumalopecien an Katzen und Kaninchen, die ich in der von Prof. Majocchi geleiteten Klinik zu Bologna gemacht, berichtet. Diese Experimente hatten mich zu einem interessanten Resultate geführt, welches sodann von Nobl auf Grund seiner Untersuchungen an Kaninchen bestätigt wurde. Dieser Autor hat darüber in der Wiener dermatologischen Gesellschaft im Juni 1905 Bericht erstattet.

Ich hatte versucht, bei der Katze eine Thalliumalopecie hervorzurufen, indem ich den Tieren eine Salbe von 20% Thalliumacetat in Vaselin in die Nackengegend einrieb. Bereits im Jahre 1899 hatten Hallopeau und Laffitte ähnliche Versuche angestellt; sie hatten aber 50%ige Salben angewendet und dadurch den Tod der Tiere innerhalb 24 Stunden veranlaſst, ohne daſs es zur Entstehung einer Alopecie gekommen wäre. Auch in meinem Falle hatte sich die Katze infolge von Kratzen der eingeriebenen Partieen mit den Pfoten und Belecken der letzteren nach sechs Tagen eine Intoxikation per ingestionem zugezogen und starb bevor ich an den behandelten Partien einen besonderen Ausfall der Haare konstatieren konnte. Dagegen fielen die Haare bereits am vierten Tage in der ganzen Umgebung aus, sei es spontan, sei es bei

leichtem Ziehen an denselben. Die Katze starb unter den Erscheinungen von Somnolenz, Apathie, bronchio-nasalem Katarrh, Konjunktivitis und schwerem Kräfteverfall.

In Anbetracht der Schwierigkeiten bei der Anwendung von Salben versuchte ich das Präparat als 20%iges Traumaticingemisch dem Tiere auf die Nackengegend einzupinseln. Von diesem Präparate trug ich mit einem Pinsel einmal während der ersten zwei Tage und dann noch einmal nach sechs weiteren Tagen auf, um nicht Erscheinungen von reaktiver Dermatitis hervorzurufen, die die Beobachtung erschwert haben würden. Zehn Tage nach der letzten Einpinselung war die behandelte Stelle kahl, die Haare der umgebenden Hautpartien hatten sich gelichtet und liefsen sich mit gröfster Leichtigkeit ausziehen; sie sahen staubig aus, hatten ihren Glanz verloren und zeigten einen vollen Bulbus. Die weiter entfernten Haare waren normal. Auf den kahlen Stellen begannen die Haare nach 27 Tagen wieder zu wachsen und liefsen sich nicht mehr leicht ausziehen.

Bei einem Kaninchen machte ich, ebenfalls in der Nackengegend, dieselben Aufpinselungen mit einer 20%igen Traumaticinmischung. Ein leichtes und vorübergehendes Erythem war das einzige makroskopisch sichtbare Zeichen einer entzündlichen Reaktion. Am vierten Tage folgte eine leichte Abschuppung; die Haare fingen bereits an spontan im bepinselten Bezirke auszufallen, während sie in einem weiteren Bezirke von 2 cm in der Umgebung dieser Zone leichtem Zuge nachgaben; an allen anderen Stellen standen sie fest. Nach acht Tagen war die Stelle vollständig kahl, ohne bemerkenswerte Erscheinungen. Anderweitige abnorme Zeichen erkannte man beim Tiere keine, und nach 14 Tagen begannen die Haare auf den behandelten Partien wieder zu erscheinen.

Zu denselben Resultaten gelangte auch Nobl bei seinen in der Wiener Versammlung mitgeteilten Versuchen. Auch er hatte die Nackengegend eines Kaninchens zwei Tage lang mit 20%igem Thalliumacetat in Traumaticin bepinselt. Acht Tage danach begannen in der so behandelten Region die Haare ohne reaktive Entzündungserscheinungen auszufallen und dieser Haarausfall nahm dann in den folgenden Tagen stets zu, bis die Stelle gänzlich kahl geworden; diese Alopecie erstreckte sich auch über die unmittelbar angrenzenden Partien, so dafs eine kahle Stelle vom Durchmesser einer Kinderhand und scharf begrenzt entstand.

Auf Grund der bioptischen Untersuchungen in meinen beiden Fällen glaubte ich annehmen zu dürfen, dafs die Alopecie die Folge eines lokalen toxischen Phänomens war, zurückzuführen auf die Wirkung, von aufsen, des Thalliumacetats. Allgemeine toxische Erscheinungen waren nämlich keine vorhanden und die histologisch konstatierten entzündlichen Symptome waren zu oberflächlich und zu leichter Art, als dafs man sie hätte für den Ausgang verantwortlich machen können. Andererseits waren die Ver-

änderungen in den Follikeln und Haarpapillen wie bei den Alopecien nach Injektionen von Thalliumacetatlösungen, wo keine entzündlichen Erscheinungen zu bemerken waren, sondern bloſs eine Hypotrophie der Papille und neue Epithelsprossen, die von den epithelialen Scheiden einzelner Follikel ausgingen. Diese Epithelsprossen neuer Bildung können als Bestätigung des makroskopischen Befundes betrachtet werden, wonach die Haare in den kahlen Stellen wieder auftreten, sobald die toxische Wirkung des Thalliumacetats aufgehört hat. Diese Tatsache beweist denn auch, daſs die Thalliumalopecie nur eine vorübergehende und keineswegs eine dauernde ist.

Aus diesen meinen, von Nobl bestätigten, Experimenten gehen folgende wichtige Betrachtungen hervor:

1. Durch äuſserliche Anwendung von Thalliumacetat (Suspension in Traumaticin) läſst sich eine vorübergehende Alopecie hervorrufen. Diese Tatsache steht im Widerspruch mit den Resultaten von Buschke und Bettmann, welche in ihren Experimenten an weiſsen Mäusen und Kaninchen eine Alopecie nur nach innerlicher Darreichung von kleinsten Dosen von Thalliumacetat erzielten. Ferner beweist diese Tatsache die Unrichtigkeit der Vermutung von Buschke, wonach sich das Salz bei seinem Durchgange durch die Eingeweide in eine toxische, spezifische, Alopecie hervorrufende Substanz verwandeln sollte, da es nur nach innerlicher Darreichung Kahlheit verursacht.

2. Durch dieselbe Applikationsweise des Thalliumacetats läſst sich eine umschriebene Alopecie erzielen, ohne merkliche, makroskopisch nachweisbare lokale entzündliche Erscheinungen und ohne Zeichen einer allgemeinen Intoxikation, mit anderen Worten, eine umschriebene Thalliumalopecie im eigentlichen Sinne des Wortes. Die experimentellen Resultate von Bettmann mit dem Abrin hatten übrigens bereits die Richtigkeit der Hypothese bestätigt, wonach bei diesen toxischen Alopecien eine besondere Veränderung der Haut gegenüber dem Gifte bestehen muſs. Indem nämlich Bettmann einem nicht abrinisierten Kaninchen eine minimale Quantität von Abrin unter die Haut injizierte, rief er bei dem Tiere eine heftige Dermatitis hervor, welche hingegen fehlte, wenn das Tier zuvor durch innerliche Darreichung von minimalen Mengen von Abrin abrinisiert worden war.

Beim Menschen waren bereits vorher die enthaarenden Eigenschaften des Thalliumacetats nachgewiesen worden, wenn dieses Präparat als Antidiaphoreticum in Pillenform dargereicht wird. Combemale, Huchard, Vassaux, Jeanselme, Guinard, Giovannini, Brocq haben über diese therapeutischen Thalliumalopecien berichtet. Diese Eigenschaft des Thalliumacetats beim Menschen, welche hier den unerwünschten Zufall einer ein anderes Ziel erstrebenden Therapie bildete, entsprach den Ergebnissen der

Untersuchungen von BUSCHKE und von BETTMANN; es handelte sich nämlich um Eigenschaften des Thalliumacetats im Sinne einer Depiliation auf indirektem Wege, d. h. vom Innern des Organismus aus, auf die behaarten Hautstellen und nicht um eine direkte von aufsen.

Auf Grund der oben angeführten Betrachtungen, die aus meinen Untersuchungen und denen von NOBL hervorgehen, handelte es sich darum, gleichzeitig die depilierenden, spezifischen Eigenschaften des Thalliumacetats zu verwerten, indem man es direkt auf behaarte Hautstellen beim Menschen auftrug. Dies hatte bereits SABOURAUD bei der Trichophytie versucht, indem er Salben direkt auf den Haarboden applizierte. Diese Salben wurden während der Nacht 8 bis 14 Tage lang aufgetragen und enthielten das Salz zu einem Drittel. Der Haarausfall begann in diesen Fällen am 19. Tage und war bereits nach wenigen Tagen vollständig. Die Heilung war ersichtlich am Nachwuchs aller gesunden Haare. Da aber SABOURAUD in dem Zeitraume vor dem Haarausfalle schwere Erscheinungen allgemeiner Vergiftung konstatiert hatte (langdauernde Albuminurie, Tachycardie, intensive Stomatitis, Gefäfsrupturen), so gab er die Behandlungsmethode auf.

Von den Resultaten SABOURAUDS ausgehend benutzte ich viel kleinere Dosen und ging mit gröfserer Vorsicht vor; ich machte, jedoch nicht alle Tage, Einreibungen von einigen Minuten Dauer auf die erkrankten behaarten Hautpartien. Diese Behandlung wendete ich in zwei Fällen von Favus und in zwei anderen von Trichophytie an. Bei Verwendung von schwachen, 1—3%igen Salben wollte ich die Gefahr einer toxischen Resorption des Thalliumacetats in zu starken Dosen vermeiden. In zwei Fällen (siebenjähriges Mädchen mit Trichophytie des Haarbodens und fünfjähriges Mädchen mit derselben Affektion) stellte sich die Alopecie in ziemlich langsamer Weise und ohne vorausgehende Erscheinungen allgemeiner Intoxikation ein. Die Einreibungen wurden alle zwei Tage mit 1%igen Salben von Thalliumacetat gemacht; dann wurde die Konzentration auf 3% erhöht mit Zwischenräumen von fünf bis sechs Tagen. Nach 2 Monaten in dem einen Falle und nach 2½ Monaten im anderen wurde die Prozedur eingestellt. Auf dem so behandelten Haarboden vermochte ich niemals Zeichen reaktiver Entzündung nachzuweisen. Die Haare fingen ungefähr eine Woche nach Einstellung der Behandlung an auszufallen. Zunächst geschah dies in Gestalt von unregelmäfsigen Plaques und nach einer weiteren Woche war die Stelle vollständig kahl. Die Wimpern, Brauen sowie die anderen behaarten Körpergegenden blieben unversehrt. Mit Ausnahme der vom Parasiten angesteckten habe ich viele Haare untersucht; alle hatten einen vollen Bulbus; sie waren weder deformiert noch brüchig, nur etwas weniger glänzend und glatt als normale Exemplare. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um Favus. Der eine betraf einen 16jährigen Knaben, A. N., von Cremona, der schon zwei

Jahre an seiner Affektion litt, der andere ein neunjähriges Mädchen, M. C., von Frossasco. Die Salbe wurde ganz in derselben Weise verwendet, wie in den beiden ersten Fällen, nur wurde bei der zweiten Patientin die Konzentration langsam bis auf 5% gebracht. Beim Knaben wurden die Einreibungen nach 58 Tagen eingestellt. Ganz unerwartet waren leichte rheumatische Schmerzen in den Beinen und Kopfschmerzen aufgetreten, begleitet von gastrointestinalen Störungen, welche zu einer raschen Abmagerung des Patienten führten. Nach neun Tagen war aber dieser bereits vollständig wieder hergestellt, nachdem er mit leichten Abführmitteln und Diät behandelt worden war. Zu derselben Zeit stellte sich auch die Alopecie ein, und zwar, wie in den anderen Fällen, in Gestalt von asymmetrischen unregelmäſsigen Plaques. Nach vier Tagen war der Haarausfall ein vollständiger geworden und es blieben nur noch die Haare an den Lidern, an den Augenbrauen, in den Achselhöhlen, an den Genitalien sowie die Flaumhaare übrig. Albuminurie wurde in keiner Periode der Krankheit beobachtet, was auch in den anderen Fällen zutraf. Bemerkenswert ist, daſs dieser Knabe, Sohn eines Alkoholikers, ein frühzeitiger Verbrecher und in einer Besserungsanstalt versorgt war.

Beim Mädchen wurden die Einreibungen nach 50 Tagen sistiert, nachdem man die Konzentration der Salbe bis auf 5% erhöht hatte. Eine Woche nach Aufhören jeder Art von Behandlung stellten sich bei der Patientin epileptische Anfälle ein, denen eine Art von Aura vorausging; die Anfälle waren von Bewuſstlosigkeit begleitet und gingen mit spasmodischen Muskelzuckungen, lautem Schreien, unbändigem Lachen einher. Von mehr oder weniger langen Zwischenräumen unterbrochen wurden sie immer seltener und schwächer, verschwanden dann schlieſslich ganz — nach 12 Tagen. Etwa eine Woche später begann der Haarausfall in breiten Plaques und erstreckte sich nach vier weiteren Tagen über den ganzen Haarboden. Es muſs hier hervorgehoben werden, daſs die Anamnese eine ausgesprochene neuropathische Heredität ergab: der Vater, ein Trunkenbold, hatte sich das Leben genommen, ein Oheim väterlicherseits hatte ebenfalls Selbstmord begangen, die Mutter war in einer Irrenanstalt aufgenommen worden und ein jüngerer Bruder wies ebenfalls Zeichen von Geistesstörung auf. Dagegen hatte das Mädchen früher niemals epileptische Anfälle gehabt.

Nach einigen Wochen sah ich die Haare wieder nachwachsen, wobei es sich zeigte, daſs die Trichophytie vollständig geheilt war.

Aus meinen und Sabourauds Versuchen geht hervor, daſs die Dauer der Periode, die dem Haarausfall vorausgeht, in direktem Verhältnisse steht zu der Konzentration der Thalliumsalbe. Die therapeutischen Resultate ergeben ferner, daſs der Haarausfall stets einige Tage nach Sistierung der Behandlung eintrat. Diese Tatsache bringt einen naturgemäſs auf den

Gedanken, daſs der Haarausfall das Endstadium eines toxischen Prozesses darstellt, der sich auf Kosten der Haarpapille abspielt; das letztere wird auch durch den histologischen Befund bestätigt, den ich bei den experimentellen Alopecien durch Thallium beim Kaninchen und bei der Katze beschrieben habe. Dort habe ich nämlich eine Hypotrophie der Papille und Haare mit vollem Bulbus vorgefunden. Bei meinen therapeutischen Experimenten, wo ich keine Hautstücke exzidieren konnte, konstatierte ich ebenfalls an den ausgefallenen Haaren einen vollen Bulbus. Dieser letztere Befund wurde ebenfalls von Jeanselme und Vassaux bestätigt. In Anbetracht der Tatsache, daſs die Alopecie hier stets einen vorübergehenden Zustand darstellt, kann man sich leicht vorstellen, daſs die Hypotrophie der Haarpapille in den histologischen Befunden anderer Autoren eventuell gerade nicht in einem Zustande der Aktivität angetroffen wurde.

Die beiden letzteren von mir angeführten Fälle, die sich auf neuropathische Individuen beziehen, können als eine Stütze der Hypothese von Buschke angesehen werden, wonach das Thalliumacetat als spezifisches Nervengift zu betrachten ist. Gleichzeitig erwecken meine therapeutischen Untersuchungen am Menschen die Frage, ob die Alopecie der mit Thallium behandelten behaarten Stellen als die Folge einer direkten Wirkung des Medikamentes von auſsen zu betrachten sei, wie die von mir und von Nobl erzielten Resultate an Tieren vermuten lassen; oder aber ob man es mit einer bloſs indirekten Wirkung von innen zu tun hat, wie es Buschke annimmt. Bildet hier die Alopecie das Symptom eines lokalisierten, peripheren, spezifischen, toxischen Einflusses auf das Haarsystem, oder ist sie zu betrachten als ein Folgezustand der Intoxikation der zentralen Nervenzustände infolge von Absorption des Thalliumacetats durch die Haut hindurch? Wie könnte man sich dann aber in diesem letzteren Falle die umschriebene experimentelle Alopecie erklären, die Nobl und ich bei unseren Tierversuchen erzielt haben, ohne daſs es zu allgemeinen toxischen Erscheinungen gekommen ist? Wie lieſs sich ferner erklären, daſs die Alopecie in meinen vier Versuchen ausschlieſslich auf den Haarboden beschränkt geblieben, ohne sich auf die anderen behaarten Körpergegenden auszudehnen? Wie kommt es ferner, daſs in den beiden ersten Fällen allgemeine toxische Erscheinungen fehlten, während sie in den beiden letzteren konstatiert wurde, wo man es mit einem besonders empfindlichen Nervensystem zu tun hatte? Nimmt man auch an, daſs bei äuſserlicher Anwendung des Thalliumacetats in jedem Falle eine Absorption durch die Haut hindurch zustande kommt, so glaube ich doch, daſs man die allgemeine Intoxikation, die sich in verschiedener Intensität auf Kosten des zentralen Nervensystems aus dieser Absorption ableiten läſst, nicht als die Ursache der auf die behandelten Stellen der behaarten Körperregionen lokalisierten Alopecie zu betrachten sei. Ich halte vielmehr dafür, daſs

die Alopecie in solchen Fällen auf eine spezifische Wirkung des Thalliumacetats zurückzuführen ist, welches direkt von aufsen auf die Haarpapille gelangt und dafs da, wo es zu allgemeinen Intoxikationserscheinungen kommt, die Resorption durch die Haut hindurch auf Rechnung eines besonders empfindlichen Nervensystems zu schreiben sei. Das Verfahren ist somit als therapeutische Methode nicht ohne jede Gefahr, dennoch läfst sich damit eine umschriebene oder charakteristische Alopecie auf einer behaarten Körperstelle erzielen. Mag nun das Thalliumacetat von aufsen, von innen oder durch Vermittlung eines prädisponierten Nervensystems zur Wirkung gelangen, so glaube ich, dafs die Haarpapille der eigentliche Angriffspunkt dieser spezifischen depilierenden Substanz bilden mufs. Es ist dementsprechend auch nicht unwahrscheinlich, dafs die Reaktion der Papille auf die toxische Substanz als ein Folgezustand der spezifischen, neurotrophischen, toxischen Wirkung auf der Haarpapille selbst zu betrachten ist in der Weise, dafs ihre Beziehungen zum Haare verändert werden und dafs die genannte Papille progressiv atrophiert, wie ich dies in meinen histologischen Befunden bei Tierversuchen konstatiert habe.

Buschke will auch mit anderen Thalliumsalzen Versuche angestellt haben und insbesondere mit dem Carbonat ähnliche Resultate erzielt haben wie mit dem Acetat, welche Tatsache diesen Autor zur Schlufsfolgerung verleitet, dafs die Eigenschaft, die Haare zum Ausfallen zu bringen, keine spezifische des Thalliumacetats, sondern vielmehr des Thalliums als Element bildet. Er vergleicht dabei die Wirkung des Thalliums mit derjenigen des Quecksilbers bei der Syphilis. Darüber fehlen mir persönliche Anhaltspunkte; ich bin aber der Ansicht, dafs diese Hypothese von Buschke Beachtung verdient und weiter verfolgt werden sollte. Sicher ist jedoch, dafs die depilierende Wirkung, welche Bettmann beim Abrin und Pohl von Heidelberg beim Schwefelkohlenstoff nachgewiesen haben, uns die Vermutung nahe legen, dafs es eine Anzahl von Substanzen gibt, welche die Beziehungen der Haarpapille zum Haare infolge von einer neurotrophischen Störung veränderten; dies mag nun von den angewendeten Dosen oder den besonderen chemischen Eigenschaften dieser Substanzen abhängen. Von einer absoluten spezifischen Wirkung braucht man dabei noch nicht zu reden. Aus diesen Betrachtungen läfst sich ferner die Tatsache ableiten, dafs in der menschlichen Hautpathologie die Alopecie das Endstadium oder der Folgezustand ätiologisch divergierender und verschiedener Momente darstellt. Ich habe deshalb vorläufig auf die therapeutische Verwertung der depilierenden Eigenschaften des Thalliumacetats verzichtet, das zurzeit noch eher als ein Gift, denn als ein Heilmittel zu betrachten ist. Vielmehr bin ich auf die experimentellen Studien an Tieren zurückgekommen, um den genaueren Mechanismus dieser besonderen toxischen Alopecien zu erforschen. Ich hoffe dabei wenigstens dazu bei-

zutragen, etwas mehr Licht auf die dunkle Pathogenese mancher idiopathischer Alopecien werfen zu können, die ihre Quelle auf einen bis jetzt noch unbekannten toxischen Faktor zurückleiten lassen. Über diese bereits eingeleiteten experimentellen Studien hoffe ich in Bälde weiteres berichten zu können.

Literatur.

BETTMANN, Über experimentelle Alopecie. Verhandlungen des V. internat. dermatolog. Kongresses. II. Bd.

BUSCHKE, A., Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Alopecie. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 53. 1900.

BUSCHKE, A., Über experimentelle Erzeugung von Alopecie durch Thallium. Verhandlg. der deutschen dermat. Gesellschaft, 1901.

BUSCHKE, A., Verhandlg. des V. internat. dermatolog. Kongresses. II. Bd.

BUSCHKE, A., Weitere experimentelle Untersuchungen über Alopecie und die Lokalisation von Hautkrankheiten. *Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 39. 1903.

SABOURAUD, Traitement des teignes tondantes, La pratique dermatolog. Tome IV.

COMBEMALE, *Echo medical du Nord.* 27. Febr. 1898.

JEANSELME, *Soc. de dermatologie.* 10. Nov. 1898.

GUINARD, Sur les dangers de l'acétate de thallium. *Journ. des pratic.* 26. Nov. 1898.

HALLOPEAU et LAFFITTE, *Soc. de dermatologie.* 1899.

GIOVANNINI, *Dermat. Zeitschr.* Dez. 1899.

VASSAUX, L'acétate de thallium en thérapeutique. *Thèse de Paris.* 1898.

VIGNOLO LUTATI, Sulle alopecie sperimentali da acetato di tallio. *Giorn. ital. delle malattie ven. e della pelle.* Heft I. 1905.

NOBL, Aus den Verhandlungen der Wiener dermat. Gesellschaft. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 78, S. 113, Heft I. 1906.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Nyon.)

Versammlungen.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 1. März (14. März) 1908.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

1. SOLOWJEFF demonstriert: a) einen 25jährigen Kranken mit **Rhinosklerom.** Die Krankheit, die vor zwölf Jahren mit einem erbsengroßsen Knötchen begann, progressiert langsam und beständig, jeder Therapie trotzend.

Der Patient wurde dreimal operiert und ohne Erfolg auch physikalischer Therapie unterworfen (RÖNTGEN, ARSONVAL usw.). Auch blieben Phenol- und Fibrolysininjektionen erfolglos. Jetzt sind bereits Meatus narium, labii super. und Palatum durum affiziert.

b) einen atypischen Fall von **Psoriasis vulgaris** bei einem 18jährigen Mädchen. Die Krankheit weicht jeder antipsoriatischen Behandlung aus und zeigt keine Verände-

rung, trotz energischer Therapie. Die Drüsenvergröfserung beim Eintritt in die Klinik führte anfangs zum Luesverdacht, die spezifische Therapie blieb jedoch ohne Erfolg.

Diskussion wird auf die nächste Sitzung verschoben. S. will mikroskopische Präparate demonstrieren.

2. Welikanoff zeigt einen 50jährigen Kranken mit **Akanthosis nigricans.** Wie die Anamnese lautet, hat sich die Krankheit in den letzten fünf bis sechs Monaten rapid entwickelt und sich jetzt auf folgende Hautbezirke verbreitet: Hals, Cruralgegend, Scrotum, Perineum und besonders die Analgegend. Der Patient zeigt eine ausgesprochene Kachexie und liegt der Verdacht auf Cancer oesophagi vor. Der Bruder des Patienten starb am Cancer.

Diskussion: Petersen betrachtet den Fall als sehr typisch, betont aber die aufserordentlich schnelle Entwicklung der Krankheit.

Pawloff stimmt Petersens Ansicht zu. Bei dieser Gelegenheit erinnert er an einen anderen Fall von Akanthosis nigricans, der ebenfalls hier vor einigen Monaten demonstriert wurde, wobei das Neoplasma der inneren Organen jedoch fehlte.

3. Petersen demonstiert: a) eine 40jährige Kranke mit **Alopecia universalis congenita.**

b) einen 15jährigen Kranken mit **Naevus pilosus pigmentosus hypertrophicus** der linken Ohrmuschel. Der Patient wird einer energischen Röntgentherapie unterworfen und nach der Beendigung derselben nochmals vorgestellt werden.

Maslakowetz (als Gast) in seinem und Liebermanns Namen hält einen Vortrag: **„Über die Theorie der Wassermannschen Reaktion und deren Verwendung bei der Syphilisdiagnose".**

Die Untersuchungen umfassen im ganzen 147 Fälle und verteilen sich in drei Gruppen wie folgt: 1. Nichtsyphilitiker (46 Fälle); 2. zweifellose Syphilitiker (81 Fälle); 3. auf Syphilis verdächtige Fälle (20).

Was die erste Gruppe anbetrifft, so fiel die Reaktion ausnahmslos negativ aus. Die Untersuchung der 81 Fälle der zweiten Gruppe ergab eine positive Reaktion für alle 31 Fälle der manifesten kondylomatösen Syphilis, während von 38 Fällen der latenten kondylomatösen Syphilis nur 13 positiv und 25 negativ ausfielen. Die gummöse Syphilis gab auf 12 Fälle achtmal positive und viermal negative Reaktion.

Bei allen Untersuchungen wurde, anstatt des Kaninchenserums und Meerschweinchenkompliments, nur Schweineserum verwendet.

Maslakowetz und Liebermann kommen zu folgendem Schlusse:

1. Bei positivem Ausfallen ist die Wassermannsche Reaktion spezifisch.

2. Bei dem heutigen Stande unseres Wissens über das Wesen der Antikörper bestätigt das Auffinden derselben blofs die stattgefundene syphilitische Infektion, nicht aber das Vorhandensein der virulenten Syphilis.

3. Dagegen weist das Auffinden des Antigens eher das Vorhandensein der virulenten Syphilis.

4. Was nun den Zusammenhang zwischen der spezifischen Therapie, Syphiliserreger und Antikörper anbetrifft, so gibt uns bis jetzt die Wassermannsche Reaktion keine Aufklärung darüber.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 89, Heft 2. Februar 1908.

I. **Über Erythrodermia desquamativa, eine eigenartige universelle Dermatose der Brustkinder,** von Carl Leiner-Wien. (Schluſs.) Es folgt die Krankengeschichte eines zur Heilung gelangten Falles und mehrerer anderer. Die Untersuchung exzidierter Hautstücke zeigte, daſs es sich bei den Fällen um einen chronisch verlaufenden Entzündungsprozeſs handelt, der mit einer Erweiterung der Papillargefäſse einhergeht, und einer nicht sehr hochgradigen Exsudation von Flüssigkeit, die niemals weder in der Epidermis, noch in den subepidermoidalen Schichten in kleinen oder gröſseren Räumen sich ansammelt, sondern lediglich in einer stärkeren Durchfeuchtung des Papillarkörpers und Ödematisierung der Epidermis besteht, als deren weitere Folge die rasche Regenerierung der Epidermis, die Parakeratose, zu betrachten ist. Die weiteren Entzündungserscheinungen manifestieren sich in einer geringen Zellvermehrung in dem Papillarkörper und um die Hautdrüsen herum, und in einer Zellemigration in die Epidermis und einer Zellenanhäufung zwischen den Schichten der Hornhaut. Die rasche Regenerierung der Epidermis läſst es nicht zu einer ordentlichen Verhornung kommen, wodurch das Bild der Parakeratose zustande kommt. Wir haben es also mit einem exsudativ entzündlichen Prozesse zu tun, der mit Gefäſserweiterung, Ödem der Cutis und Epidermis und Parakeratose einhergeht. Das Wesentliche der Dermatose besteht in einer oberflächlichen universellen Entzündung der Haut mit nachfolgender Abschuppung, da wo auch normalerweise die Talgdrüsensammlung eine stärkere ist, tritt ein mehr seborrhoischer Typus des Krankheitsbildes zutage. Die Erythrodermia desquamativa stellt eine idiopathische Erythrodermia dar, die sich durch die fettige Beschaffenheit der Schuppen im Beginn der Erkrankung, durch das Fehlen des atrophischen Stadiums und das Vorherrschen im Säuglingsalter charakterisiert. Fast ausschlieſslich befallen sind Brustkinder, die in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatze dieser Erkrankung zum Opfer fallen.

II. **Lymphangio-Endothelioma cutis abdominis,** von Fritz Juliusberg-Berlin. Schluſs.) Beschreibung eines Falles, der deswegen von Interesse ist, weil die Neubildung sich nicht auf dem Kopfe befand, sondern hier eine Geschwulst der unbehaarten Haut vorgelegen hat. Eingehende mikroskopische Untersuchung exstirpierter Teile stellen positiv die endothelial-lymphangiomatöse Natur der Geschwulst fest. Nach der ganzen Untersuchung kann man annehmen, daſs in einem umschriebenen Bezirk die Lymphgefäſse der Cutis — sei es durch eine embryonale Miſsbildung, sei es durch eine postembryonale umschriebene Schädigung — zur Geschwulstbildung veranlaſst werden. Der Fall, ebenso wie der von Haslund, gestattete, neben dem endothelialen Hautpsammom Winklers eine Gruppe histologisch sicherer Lymphgefäſsendotheliome der Haut aufzustellen. Ihre klinische Bedeutung muſs natürlich von weiterem Material abhängig gemacht werden.

III. **Klinische, histologische und vergleichende Beiträge zur Kenntnis der Cutismyome,** von Paul Sobotka-Prag. Die Zahl der mitgeteilten Beobachtungen von Leyomyomen des Coriums und insbesondere von reinen, nicht gemischten Neubildungen dieser Gruppe ist gegenwärtig noch recht gering. Einen solchen Fall beobachtete S. in Prag, dessen von vornherein gestellte Diagnose durch die histologische Untersuchung bestätigt wurde.

IV. Ein Beitrag zur Pathologie und Statistik der Epididymitis blennorrhoica, von T. Tanaka-Tokio. T. hat eingehende Studien über die blennorrhoische Nebenhodenentzündung angestellt; er fand unter 674 Kranken mit Tripper 75 mal Epididymitis, also etwa 11,1%, dazu kommen die Fälle in der Anamnese, 18, so dafs im ganzen 93 Fälle verzeichnet sind (13,8%). Von diesen waren 54 linksseitig, 32 rechtsseitig und 7 doppelseitig. Die Zeit des Auftretens ist hauptsächlich ein bis fünf Wochen nach dem Tripper, also die Übergangszeit vom akuten zum subakuten oder chronischen, jedenfalls die Zeit, wo sich Urethritis posterior zeigte. Die meisten Epididymitiden kamen im März, Juni und November vor. Im Alter, wo die akute Blennorrhoe häufig vorkommt, ist die Nebenhodenentzündung auch zahlreich. Nur Leute unter 20 Jahren sind aus Furcht vor der Erkrankung mäfsig und werden aufserdem von forzierter Arbeit nicht gedrückt, so ist die Prozentzahl bei ihnen klein. Verhältnismäfsig klein ist die Zahl der erkrankten Arbeiter, hoch die der geistig tätigen Leute. Ärztlich behandelte Kranke erleiden seltener im Vergleich mit den unbehandelten Nebenhodenentzündungen; die Veranlassung ist meistens forzierte Bewegung, Coitus und unrichtige Behandlung. Der linke Hoden ist meist eher dem Drucke von aufsen ausgesetzt und erkrankt daher leichter. Dafs die Epididymitis meist einseitig bleibt, läfst sich folgendermafsen erklären: Wenn eine Seite angegriffen wird, so wird man vorsichtig und vermeidet die Schädlichkeiten. Es ist auch wahrscheinlich, dafs die Erkrankung der einen Seite die kompensatorische Funktion der anderen Seite veranlafst und somit die letztere mit der neuen Lebenskraft der Gewebszellen versehen sind, um gegen die äufseren Reize immer mehr standhafter werden zu können. Fast alle Epididymitiskranken leiden gleichzeitig an Prostatitis, da einerseits die Krankheit dorthin übergeht und andererseits in der Prostata eine Zellinfiltration erweckt, die Ductus ejaculatorii abgedrückt werden, so dafs an der Kanalwand ihres oberen Teiles eine Hyperämie stattfindet und die Fortpflanzung der Gonokokken erleichtert.

V. Über die jodophile Substanz in den Leukocyten des blennorrhoischen Eiters, von Ferdinand Winkler-Wien. Die jodophile Substanz in den polynukleären Leukocyten des blennorrhoischen Eiters erschienen W. nun als geeignetes Objekt, um über die Beziehungen der jodophilen Substanz zu den Lebensfunktionen der Zellen und der Mikroorganismen ein Urteil zu gewinnen. Die intravitale Färbung gibt ein sicheres Kennzeichen für die Lebensfähigkeit der Zellen, und die eminente phagocytotische Kraft der Leukocyten gegenüber den Gonokokken läfst einen Schlufs auf die Lebensfunktion zu. Auffallend war bei den Versuchen, dafs die Zellen mit groben Granulationen im blennorrhoischen Eiter stets vollständig frei von jodophiler Substanz sind; wichtig sind ferner zwei Momente, erstens das Zusammenfallen reichlicher jodophiler Substanz mit der Vermehrung der eosinophilen Zellen im Eiter und zweitens das geringe Vorkommen jodophiler Substanz in den Fällen von nichtblennorrhoischer Urethritis. Das interessanteste Resultat war, dafs die gonokokkenführenden Zellen vollständig frei von jodophiler Substanz sind.

VI. Besondere Syphilisfälle, von Moriz Porosz-Budapest. Eine Reihe interessanter Luesfälle, so z. B. ein Fall von Lues ohne Induration, ferner Lues ulcerosa linguae nach unbekannten Antezedentien, Lues mit protrahierter Entwicklung nach einer Infektion unbestimmten Datums. Die Fälle haben nur kasuistischen Wert.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.
Band XI, Heft 5. Februar 1908.

I. **Über die Pirquetsche Cutan- und die Wolff-Eisnersche Konjunktivalreaktion und ihre spezielle Bedeutung für die Dermatologie,** von A. Wolff-Eisner-Berlin. In einer längeren Arbeit: Die Ophthalmo- und Cutandiagnose der Tuberkulose hat Verfasser bereits auf den hohen diagnostischen Wert der lokalen Tuberkulinreaktionen hingewiesen. Die Dermatologen haben speziell die Cutanimpfung angewandt, und zwar war das Resultat in der Hauptsache so, daſs bei Skrophulose und Hauttuberkulose eine besonders starke Reaktion auftrat. Die subcutane Tuberkulininjektion bewirkt bei Hauttuberkulose das Entstehen einer cutanen Herdreaktion, die an sich mit der Pirquetschen Cutanreaktion gewisse Analogien hat; diese Lokalreaktion tritt am deutlichsten in Erscheinung beim Lupus, am häufigsten vermiſst man sie bei der infantilen Tuberculosis verrucosa cutis.

II. **Mitteilung über Hetolbehandlung bei Syphilis,** von Brolemann-Bielefeld. Da das Hetol eine ganz erhebliche Hyperleukocytose hervorruft, so wandte Verfasser Hetolinjektionen zur Luesbehandlung an, und zwar teils mit, teils ohne Quecksilber in Form von 1—4%igen Injektionen. Durch Hetol allein kamen luetische Erscheinungen zum Stillstand und Zurückgehen. Am besten scheinen sich rein luetische, nicht mischinfizierte Syphilide zu eignen. Vertragen wird das Mittel stets gut, doch muſs darauf geachtet werden, daſs die injizierte Dosis eine dauernde, gleichmäſsige, kräftige Hyperleukocytose zeitigt, d. h. es muſs im Verlaufe der Behandlung die Dosis entsprechend modifiziert werden.

III. **Über Unguentum Sebo,** von Fritz Meyer-Hildesheim. Unguentum Sebo ist eine Salbe, in welcher Produkte der Naphtaerde in eine besondere Eiweiſsverbindung gebracht sind. Verfasser verwandte diese Salbe in 50 Fällen, von denen 41 seborrhoischer Natur waren. Bei den anderen neun Fällen (Trichophytie, Pityriasis versicolor, Pityriasis rosea) verwandte M. am Tage nur Seboseife und nur nachts die Salbe, eine kombinierte Behandlungsweise, welche sich auch bei Akne vulgaris und bei trockenen psoriatischen Zuständen empfiehlt. Am schnellsten reagieren auf die Salbe alle leichten seborrhoischen Affektionen des Gesichtes sowie der behaarten Kopfhaut. Neben Zinkoxyd verträgt die Salbe noch Zusätze von Pyrogallol, Schwefel, Tumenol usw. Unguentum Sebo erscheint als eine bequem anzuwendende Salbe, die eine groſse Tiefenwirkung zu haben scheint, ohne daſs sie die Haut reizt.

IV. **Eine neue Spritze zur Jodipininjektion,** von A. Lieven-Aachen. Die Jodipininjektionen werden mit Recht jetzt oft angewendet, doch ist die Technik nicht so einfach. Um die unfreiwilligen Erschütterungen der Spritze zu verhindern, die bisher oft störend bei der Injektion wirkten, hat L. ein ruhig und schnell arbeitendes Instrument konstruiert, das folgende Besonderheiten hat: Der Spritzenkolben wird durch einen Zahnantrieb bewegt, der seinerseits durch das seitlich angebrachte Steuerrad reguliert wird, wodurch eine erhebliche Kraftleistung und sehr schnelle Entleerung der Spritze ermöglicht wird. Durch das einfache Umdrehen des Rades wird jede Erschütterung ausgeschaltet. Der Spritzenkonus ist seitlich im stumpfen Winkel gebogen, hierdurch wird bei der Injektion in die Nates des stehenden Patienten das Fallen der Spritze sehr erleichtert. Um ein Drehen in der Hand zu verhüten, befinden sich an der Montierung des Glascylinders eine Daumenplatte und drei Fingerstützen. Alle diese Momente machen die Haltung der Spritze zu der denkbar sichersten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

1908. Band V, Heft 1.

Über eine neue Methode zur Herstellung von Fluidextrakten und über den Druckfilter-Perkolator, von G. Marpmann-Leipzig. Verfasser beschreibt hier einen von ihm konstruierten Apparat zur Herstellung von Extrakten sowohl aus Pflanzenstoffen als auch aus tierischen Organen. Derselbe ist auch im Kleinbetriebe gut zu gebrauchen, einfach und leicht zu handhaben und erfordert nur einen Druck von 2—3 Atm. an CO_2. Zur Extraktion von Drüsen hat M. eine 3%ige Lösung von Asparagin sehr wirksam gefunden. Die damit hergestellten Liquores organo-therapeutici sollen verschiedene Vorzüge besitzen.

Über ärztliche „Sachverständigen"-Tätigkeit hinsichtlich Abweichungen des Liebestriebes, von W. Hammer-Berlin. Der ärztliche Sachverständige muſs scharf unterscheiden zwischen seiner eigenen, persönlichen Auffassung und den Tatsachen, welche allgemein von den Vertretern der Wissenschaft anerkannt sind. Im übrigen enthält der Aufsatz eine Schilderung der häufigsten Abnormitäten auf diesem Gebiete (Sadismus, Masochismus, Fetischismus usw.) und einige eigene Beobachtungen des Verfassers, welche im Referat nicht entsprechend wiedergegeben werden können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Annales des Maladies vénériennes.

Band III, Heft 2. Februar 1908.

I. **Über Erkrankungen des Hodens und Nebenhodens infolge von Blennorrhagie,** von J. Dind und Metraux - Lausanne. Es handelt sich um eingehende Untersuchungen über die Art, wie die Gonokokken in die Hoden resp. Nebenhoden gelangen, speziell ob es sich um einen primären oder sekundären Vorgang handelt, und ferner um die Behandlung der Epididymitis blennorrhoica. Der Ansicht der Entstehung auf dem direkten Wege von der Urethra durch die Ductus ejaculatorii und die Cauda steht die Ansicht entgegen, daſs die Einschleppung auf dem Wege der Blutbahnen geschehe. Doch scheint die erstere die wahrscheinlichere. Die Epididymitis blennorrhoica selbst besteht in einer Abscefsbildung im Bereiche des Nebenhodens, und erscheint deshalb die beste Behandlungsart die Eröffnung der Infiltrationsknoten. Der meist geübten Punktion ziehen die Verfasser die Eröffnung durch einen gröſseren Schnitt vor, die sogenannte Epididymotomie, mit der sie bei den im Hospital liegenden Kranken sehr gute Resultate erzielten, während die Methode bei den ambulanten Patienten natürlich nicht gut verwendbar erscheint. Sie haben auf diese Weise 51 Fälle mit Erfolg operiert, und zwar meist in der zweiten Woche; die Heilung erfolgte prompt und schnell.

II. **Über Schwefelwässer in Verbindung mit Quecksilberbehandlung und über den Quecksilbernachweis im Urin,** von A. Desmoulière. D. deutet auf das Zweckmäſsige der Verbindung von Merkur und Schwefelbädern bei der Behandlung der Syphilis hin und betont, daſs man bedeutend gröſsere Mengen von Quecksilber dem Kranken einverleiben kann, wenn man gleichzeitig Schwefelbäder gibt. Der zweite, chemische Teil behandelt die Methoden zum Nachweise des Quecksilbers im Urin.

III. **Über Atoxyl bei der Syphilisbehandlung,** von V. Vedel - Montpellier. Neben dem Quecksilber und Jod wird in letzter Zeit bekanntlich das Atoxyl in Form von Injektionen als Mittel gegen die Syphilis empfohlen und angewendet, doch sind die Resultate nach den Berichten der einzelnen Forscher und Kliniken sehr verschieden. Neben manchen guten Eigenschaften hat das Atoxyl aber auch seine

Schattenseiten, und ist seine Anwendungsweise daher mit Vorsicht zu genießen. Zu den letzteren gehören Magenschmerzen, Durchfälle, Erbrechen, Anorexie, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Fieber, Dysurie, Harnverhaltung, zuweilen auch Erytheme (Breuning) und selbst Nierenerscheinungen. Bei Akne, Lichen ruber, Basedow, Lungentuberkulose, Anämie, Sarkomatose, Furunkulose, Malaria, Lepra, Leukämie hatte Atoxyl entschieden eine günstige Wirkung, und der Gedanke, seinen Einfluß auch auf die Lues zu untersuchen, lag daher nicht fern, zumal es sich auch bei der Schlafkrankheit bewährte.

V. berichtet nun seinerseits über sieben Syphilisfälle, die er mit Atoxyl behandelte, und zwar waren vier davon im sekundären, drei im tertiären Stadium. Beim Fall I verschwanden die Kopfschmerzen nach $1^1/_2$ g Atoxyl, aber die Roseola und die Plaques muqueuses bestanden nach 3 g noch in demselben Maße, im Gegenteil, es erschienen sogar noch neue Plaques während der Behandlung. Ähnlich war es bei Fall II, wobei gleichzeitig abends Temperaturerhöhung und Schmerzen im Nacken und Schlund sich bemerkbar machten. Bei Fall III trat nach 1,75 g Atoxyl Besserung ein, die Plaques schwanden, aber es stellte sich Diarrhoe ein. Bei Fall IV zeigten 7,25 g Atoxyl noch absolut keinen Einfluß auf das papulo-squamöse Exanthem. Auch die drei tertiären Fälle wurden nicht wesentlich durch Atoxyl gebessert. Das Atoxyl versagte also eigentlich überall. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VIII, Nr. 4.

Die Vorzüge der Behandlung der Syphilis an den Schwefelthermen, von H. Pelon-Luchon. Früher hat man die unbegründete Behauptung aufgestellt, daß die Thermalschwefelbäder eine Probe auf den Erfolg der antisyphilitischen Behandlung darstellen. Unter ihrem Einfluß sollten etwaige Residuen stets manifest werden. P. zählt unter besonderer Empfehlung des Bades Luchon folgende Vorteile auf: Stärkung des Organismus im allgemeinen, Beseitigung der durch die Syphilis resp. auch durch die merkurielle Therapie bedingten Anämie, Asthenie, Kachexie und „Entmineralisierung“, hauptsächlich aber die Steigerung des Effektes der gleichzeitig angewandten sonstigen antisyphilitischen Maßnahmen. Er stellt die These auf, daß die Schwefelwasser auf die im Organismus aufgespeicherten Hg-Salze einwirken und deren Ausscheidung beschleunigen. Man kann daher mit Hilfe derselben erheblichere Dosen von Hg verabreichen, ohne Intoxikationserscheinungen befürchten zu müssen selbst bei sonst refraktären Fällen. Die Bäderbehandlung wird mit Vorteil schon in den frühsten Stadien angewandt.

Band VIII, Nr. 5.

Zwei Fälle von syphilitischer Infektion trotz prophylaktischer Anwendung von Kalomelsalbe in der Stärke von 1 : 3, von L. Butte-Paris. Diese beiden Patienten waren vom Verfasser vor der Akquisition der Syphilis wegen anderweiter Leiden behandelt worden und hatten von ihm genaue Vorschriften über die prophylaktische Verwendung der Kalomelsalbe erhalten und hatten dieselben auch zweifellos sorgfältig befolgt. Trotzdem traten deutlich charakterisierte luetische Läsionen hervor. Verfasser hat außerdem noch drei Patienten an Syphilis zu behandeln gehabt, welche angaben, die prophylaktische Einreibung vorgenommen zu haben; doch haben diese letzteren vielleicht die Vorschriften nicht genau inne gehalten. Jedenfalls ersieht man, daß man der Roux-Metschnikowschen Schutzmaßregel nicht unbedingt trauen kann.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1908. Heft 1—2.

Keloide im Anschlufs an ein Bromexanthem. Die Wirkung des Fibrolysins, von Constantin und Boyreau. Der zeitweilig epileptische Patient hatte nach einem Anfall eine Zeitlang Bromkalium genommen. Es entstand danach in der Regio sacralis und trochanterica ein furunkulöser Ausschlag, der erst nach sechs Monaten ausheilte. Auf den Narben entwickelten sich dann Keloide, von denen das in der Sakralgegend einen bedeutenden Umfang einnahm und auf beide Glutaeen übergriff. Fibrolysineinspritzungen scheinen anfangs eine Erweichung herbeizuführen, erwiesen sich dann aber als wirkungslos. Die Verfasser erklären diesen Mifserfolg dadurch, dafs die Keloide, wie die Biopsie erwiesen hatte, aus reifem Bindegewebe bestanden und das fibromatöse Stadium schon hinter sich hatten. Sie ziehen daraus die nützliche Lehre, dafs man solche Geschwülste möglichst früh mit Fibrolysin angreifen soll.

Über Hydroa vacciniformis Bazin und Summer Eruption Hutchinson, von E. Constantin. Die Hydroa vacciniformis und die Summer Eruption haben eine gemeinsame Ursache: sie kommen unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen zustande. Aber sie unterscheiden sich in einem wesentlichen Punkte: die Summer Eruption heilt immer glatt aus, die Hydroa vacciniformis nur unter Hinterlassung von impfpustelartigen Narben.

Die Hydroa vacciniformis ist eine verhältnismäfsig seltene Krankheit, die sich bei den germanischen Stämmen häufiger zeigt, als bei den romanischen. Es sind bis jetzt erst 40 einwandsfreie Fälle veröffentlicht, die der Verfasser mit grofsem Fleifs aus der Literatur zusammengesucht hat. — Unter dem Einflufs der Sonnenstrahlen bilden sich auf den unbedeckten Hautstellen Vesikel mit serösem Inhalt, die sich bald mit einer Kruste bedecken, eintrocknen, nabelförmig einsinken und unter Narbenbildung ausheilen. Der Prozefs verursacht nur wenig Jucken und Brennen, beeinträchtigt das Allgemeinbefinden aber nicht. Die Krankheit tritt bei Knaben etwas häufiger auf als bei Mädchen und beruht auf einer Idiosynkrasie der Haut, die von der Geburt an besteht, mit dem 18. Lebensjahr aber allmählich erlischt. Die Therapie ist — wie fast immer — ziemlich ohnmächtig; der Vorgang spielt sich innerhalb einiger Wochen in der beschriebenen Weise ab. Prophylaktisch empfiehlt sich das Tragen von Schleiern und Handschuhen bezw. das Einfetten des Gesichts. Man hat beobachtet, dafs Personen, die wegen anderweitiger Erkrankung einen Sommer lang das Zimmer nicht verlassen konnten, während dieses Sommers von ihrem Hydroaanfall verschont blieben.

Neurofibromatosis generalisata mit grofsem Bauchtumor und Ptosis beider Gesäfshälften, von Louis Margain. An dem 25jährigen Patienten nimmt man aufser den in der Überschrift genannten Veränderungen noch Flecken zweierlei Ordnung wahr. Die einen sind braunschwarz, richtige Naevi pigmentosi, im Durchschnitt erbsengrofs, etwa 15 an der Zahl und unregelmäfsig verteilt. Die anderen sind viel zahlreicher, teils ganz klein, teils mehrere Zentimeter im Durchmesser zählend, sind besonders in der Halsgegend und längs der Wirbelsäule gehäuft, sitzen auf einem stark gefärbten Untergrund, sind selber milzkaffeefarben und erzeugen dem tastenden Finger das Gefühl einer gerupften Hühnerhaut.

Unter den Neurofibromen sind vier von besonderer Gröfse, bis halb hühnereigrofs, die übrigen viel kleiner. Gesicht, Vorderarme, Unterschenkel und Schleimhäute sind frei von ihnen. Alle diese Tumoren sind wahrscheinlich kongenital. — Der sehr umfangreiche Bauchtumor ist vermutlich aus einer fibrösen Hypertrophie der Aponeurose der Bauchmuskeln entstanden. Er verursacht nur bei stärkerer Kontraktion

dieser Muskeln Schmerzen. Patient hat ihn vor acht Jahren zuerst bemerkt, seitdem sei der Tumor nicht gewachsen.

Die Ptosis der Gesäſshälften beruht auf einer richtigen Dermatolyse; diese ist wohl dadurch zustande gekommen, daſs das elastische Gewebe dem Zug der an dieser Stelle stark entwickelten Fettmassen nachgab; vielleicht sind aber auch die Muskelmassen selber an der Ptosis beteiligt. — Verfasser miſst schlieſslich noch dem Blut- und Harnbefund — Verminderung der roten Blutkörperchen; Vermehrung des Chlorgehalts im Harn — einigen Wert bei.

Gangrän eines Nagelgliedes infolge von Arteriitis syphilitica obliterans, von Troisfontaines. 44jährige Puella publica; Aufnahme ins Krankenhaus am 22. September 1905 mit Gangraena sicca des Nagelgliedes des linken Zeigefingers; Daumen und Mittelfinger derselben Hand sind kalt, entfärbt und leicht geschwollen. Die Beweglichkeit in den Fingern ist sehr herabgesetzt, Schmerz- und Tastgefühl fast unverändert; heftige, den Schlaf raubende Schmerzen. Pulsation in der Radialis und Ulnaris ganz aufgehoben, wird erst in der Brachialis, 10 cm oberhalb der Ellenbogenbeuge wieder fühlbar. Im Vorderarm bestehen zwei in Erweichung begriffene Gummata. — Nach spezifischer Behandlung läſst der Schmerz bald nach, auch die Beweglichkeit stellt sich wieder her, die Durchblutung der ischämischen Teile erfolgt aber erst viel später. Patientin verläſst die Klinik nach vierwöchentlicher Behandlung; erst im Februar des nächsten Jahres stöſst sich der brandige Teil des linken Fingers ab. Pulsation war im Juni 1906 nur in der Brachialis bis zum Ellenbogen fühlbar.

Die parasitären Haarkrankheiten in den Schulen und unter den Kindern in der Stadt Algier, von L. Raynaud und H. Vérité. Eine im wesentlichen statistische Arbeit, die bestimmt ist, den Stadtrat von Algier zu energischen Maſsnahmen gegen den Favus und die Trichophytiasis, die eine dauernde Zunahme erfahren haben, zu veranlassen. Von den vielen Zahlen seien die wichtigsten hervorgehoben. Danach fanden die Verfasser unter 8000 Schulkindern und dem Material der Poliklinik 460 mit Haarparasiten behafteten Kinder; davon litten ungefähr 65% an Trichophytiasis, 35% an Favus. 66% der Erkrankten waren Semiten (Juden und Araber); 33% Romanen (Franzosen, Italiener und Spanier). Wenn überwiegend mehr Knaben als Mädchen erkrankt befunden wurden, so haben die Mädchen das, meinen die Verfasser, ihren langen Haaren zu verdanken, die eine gründliche Entfettung sehr erschweren, wenn nicht ganz unmöglich machen, dadurch aber den Parasiten viel weniger Angriffspunkte liefern. — Die Arbeit schlieſst mit therapeutischen und prophylaktischen Vorschlägen; Heilung wird am schnellsten und zugleich am schonendsten durch Röntgenbestrahlung herbeigeführt.

Über L. Brocqs Auffassung und Einteilung der Dermatosen, von Ch. Audry. Diese Arbeit ist eine Besprechung von L. Brocqs Traité élémentaire de Dermatologie pratique, der vor einigen Jahren erschienen ist und dessen auch in den *Monatsheften* ausführlich gedacht wurde. A. stellt sich ganz auf den Standpunkt von Brocq; er bildet dessen Haupteinteilung sämtlicher Dermatosen in „Entités morbides" und Réactions cutanées", und erläutert die Richtigkeit und die Fruchtbarkeit dieser Auffassung an einzelnen Beispielen.

Die Gangrän der männlichen Geschlechtsorgane, von Batist. B. behandelt namentlich die sog. „gangrène foudroyante" der männlichen Geschlechtsteile und unterrichtet uns in einer fleiſsigen Zusammenstellung über die Literatur und alles Wissenswerte dieser Erscheinung. Zu den bereits vorliegenden 47 Fällen von Gangrène foudroyante bringt er selber vier weitere Beobachtungen. Bei der ersten hatte das Ulcus phagadenicum die Eichel, den Meatus und die vordere Harnröhre ergriffen; im zweiten

waren außer der Glans die corpora cavernosa befallen; im dritten daneben noch die Harnröhre; im vierten Fall, wo Glans, Vorhaut und Urethra anterior den Sitz der Krankheit bildeten, war die Gangrän infolge einer Phlebitis blennorrhoica des Corpus cavernosum zustande gekommen. — Über die Ätiologie der Krankheit liegt erst wenig bestimmtes vor. Welche Rolle die verschiedenen Mikroorganismen dabei spielen, ob der Spirochaeta pallida für das Zustandekommen dieser Gangrän eine Schuld beizumessen ist, diese und manche andere Fragen harren noch erst der Entscheidung. Die Gangrän geht meistens in Heilung über. Jedoch sind auch Fälle mit tötlichem Ausgang beobachtet worden. *Türkheim-Hamburg.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1908. Heft 1.

Über abgeschwächte Formen von Syphilis, von Bovero. Darunter sind diejenigen Formen zu verstehen, bei denen sich das einzige Symptom der Infektion auf den Initialaffekt beschränkt. Der Verfasser erwähnt kurz die verschiedenen Hypothesen, die man allenfalls für diese seltsame Erscheinung vorbringen könnte, von denen aber keine einzige stichhaltig ist.

Histologische und experimentelle Untersuchungen über das Condyloma accuminatum. Die Papillome des Kopfes und die gemeine Warze, von A. Serra. Die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen über diese drei Arten von Exkreszenzen lassen sich kurz so zusammenfassen: Die spitzen Kondylome, die Papillome der Kopfhaut und die Warzen sind gleichzeitig Akanthome und Papillome; während aber die Kondylome in einem gleichen Grade Akanthome und Papillome sind, sind die Papillome des Kopfes mehr Papillome als Akanthome und die Warzen mehr Akanthome als Papillome. Eine scharfe Trennung zwischen den drei Arten läßt sich also nicht machen. Trituriert man Material von Kondylomen und Papillomen in passender Weise und filtriert es durch Berkefeld-Kerzen behufs Inokulation unter die Haut oder in die Schleimhäute, so läßt sich damit keine experimentelle Affektion erzielen. Wohl aber kann man experimentell Warzen erzeugen, wenn man in gleicher Weise mit Warzenmaterial verfährt. Die Inkubationsdauer ist aber ziemlich lang (fünf bis sechs Monate). Am sichersten erzielt man solche experimentelle Warzen an den Händen und Fingern.

Einige seltene und hartnäckige Formen von Entzündung der Brustdrüsenhaut, von A. Galimberti. Es werden zwei derartige Fälle beschrieben. In dem einen handelte es sich um ein psoriasiformes, tuberkuloides Ekzem der beiden Brüste, in dem anderen ebenfalls um eine Affektion tuberkulöser Natur ohne Vorhandensein von Tuberkelbazillen, ohne Ulceration, wohl aber mit den Zeichen einer chronischen Entzündung, Epithelzellengruppierungen zu Riesenzellen. Die sekundär eingewanderten pyogenen Mikroorganismen wirken hier nicht wie gewöhnlich, da der Boden einigermaßen durch die primäre Infektion immunisiert worden.

Beitrag zum Studium der hämatogenen Theorie bei der Pathogenese der Mykosis fungoides, von Pasini. Erschien in extenso in *dieser Zeitschrift*.

Über die bakterizide Wirkung des weißen und des farbigen Lichtes, von Jader Cappelli. Nach den Experimenten des Verfassers zu urteilen liegt die bakterientötende Wirkung des Lichtes hauptsächlich, aber nicht ausschließlich, in dem am meisten lichtbrechenden Abschnitte des Spektrums. Auch die weniger lichtbrechenden Strahlungen besitzen diese Wirkung, und zwar in steigender Menge, wenn man vom Rot nach dem Grün vorgeht. Mono- oder polychromes Licht, das durch Farblösungen hindurch filtriert worden, besitzt bakterizide Wirkung, das bei gleicher Lichtquelle, je

nach der Menge und der Art der Strahlungen, aus denen es sich zusammensetzt, variiert und umgekehrt proportional ist zum Extinktionskoeffizienten dieser Lösungen. Bei farbigem Lichte, das außer der Gruppe von Strahlen derselben Farbe und derselben Wellenlänge eine geringe Anzahl von Strahlen enthält, deren Wellenlänge verschieden ist, vermögen diese Strahlen die bakterientötende Wirkung in keiner Weise zu beeinflussen; diese ist nämlich direkt proportioniert zur Menge und Intensität der vorherrschenden Strahlungen. *C. Müller-Nyon.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1907. Nr. 12.

Adenoma sebaceum, von J. Bukovsky-Prag. Beschreibung eines Falles, der einen 27jährigen Patienten betrifft. Fast das ganze Gesicht war mit symmetrisch lokalisierten Effloreszenzen bedeckt, deren Entwicklung in der Kindheit des Patienten begonnen hat und die in immer größer werdender Zahl und Größe zum Vorschein kamen; sobald eine der Effloreszenzen eine gewisse Größe erreicht, bildet sie sich allmählich zurück und hinterläßt nach sich eine hohle Narbe. Die Effloreszenzen sind am dichtesten auf der Nase, Lippen und Stirn lokalisiert. Sie sind kugelig, teilweise über das Hautniveau erhaben. Ihre Außenfläche ist glatt, in der Mitte ist in der Regel ein Drüsengang sichtbar. Die Farbe der Effloreszenzen ist gelblich-braun, teilweise — infolge von Gefäßsektasien — rötlich. Ihre Größe ist verschieden; die größten erreichen Linsengröße. Zwischen den Effloreszenzen sieht man zahlreiche flache, leicht konkave, fast weiße, kleine kreis- oder ovalförmige Narben, die an der Peripherie leicht pigmentiert erscheinen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Hauptveränderung in der Affektion der Talgdrüsen besteht, und zwar in einer einfachen Vergrößerung und Vermehrung der Drüsenelemente. Die ganze Neubildung behält überall ihren Drüsencharakter; die Drüsenzellen sind sehr gut erhalten und funktionieren normal. Sowohl in der Subpapillarschicht, als in der Tiefe des Rete Malpighii wurden Gruppen von Naevuszellen vorgefunden. — Die histologische Untersuchung der nach Rückbildung der Effloreszenzen zurückbleibenden Narben gestattete dem Verfasser alle Stadien der Atrophie der hyperplastischen Drüsen zu beobachten. Sie beginnt an den äußeren Teilen der Drüsenläppchen im Epithel derselben und schreitet allmählich weiter auf die Sekretionszellen, so daß die Produktion des Talges sistiert wird; zum Schluß wird das ganze Drüsenläppchen und dann die ganze Drüse vom atrophischen Prozesse befallen.

Der Fall stellt somit einen symmetrischen Gesichtsnaevus mit kolossaler Hypertrophie der Talgdrüsen vor. Durch seine Entstehung in der Kindheit, durch seine Lokalisation, durch langsames Wachstum bis zu einer gewissen Größe, durch die Form der Effloreszenzen, durch Fehlen jeglicher subjektiver Beschwerden, endlich durch den histologischen Befund erscheint der Fall mit den bekannten Fällen von Adenoma sebaceum Pringle identisch. Der Unterschied besteht im Fehlen der Hypertrophie der Cutis, im Vorhandensein der Naevuszellengruppen und im endgiltigen Ausgang des Prozesses — in der vollkommenen Atrophie der befallenen Talgdrüsen.

1908. Nr. 1—2.

1. **Die ersten Erscheinungen der syphilitischen Affektion des Nervensystems,** von Czestaw Otto-Warschau. Verfasser beobachtete während seiner fünfjährigen Praxis in Busk (Schwefelbad im Königreich Polen) 1000 Syphilitiker und darunter in 104 Fällen entweder vollkommene reflektorische Pupillenstarre (in 48 Fällen beiderseitig, in 24 Fällen einseitig) oder träge Pupillenreaktion (32 Fälle).

Dieselbe Erscheinung fand Verfasser in vier Fällen von hereditärer Lues vor. Verfasser ist überzeugt, dafs diese Änderung der Lichtreaktion der Pupillen als erstes Symptom der syphilitischen Affektion des Nervensystems auftritt und zwar mit Vorliebe bei Patienten, die ihre Lues gar nicht oder sehr mangelhaft behandelt haben. Die Hälfte der Kranken mit beiderseitiger Pupillenstarre hat im ganzen je 20—30 Einreibungen, die andere Hälfte — zirka 60 Einreibungen durchgemacht; die mit einseitiger Pupillenstarre haben 60—90 Einreibungen gemacht, endlich die mit träger Pupillenreaktion in der Mehrzahl der Fälle — über 100, in der Minderzahl — weniger als 100 Einreibungen.

Von allen diesen Patienten konnte Verfasser nur bei zwei Fällen — trotz nachfolgender energischer spezifischer Kuren — die Entstehung der Tabes sechs Jahre nach Konstatierung der Pupillenstarre feststellen. Über das Schicksal der übrigen Kranken weifs Verfasser nichts Positives zu berichten. Jedenfalls konnte in keinem der Fälle trotz energischer Behandlung irgend welche Besserung in bezug auf die Pupillenstarre beobachtet werden.

Nach eingehender Besprechung der Physiologie der Pupillenreaktion, wendet sich Verfasser der Frage der Lokalisation des syphilitischen Prozesses, der die Pupillenstarre, respektive die Trägheit der Pupillenreaktion bedingt. Die theoretischen Erwägungen lassen ihn den Prozefs nach Theorie von Majano in den Kreuzungspunkt der Fasern des Fasciculus sublongitudinalis lokalisieren. Die Veränderung besteht wahrscheinlich in der spezifischen Affektion der Kapillaren, die zur Obliteration des Gefäfslumens und zur nachfolgenden Degeneration der Fasern des Fasciculus sublongitudinalis führt; aufserdem aber scheint auch eine kleinzellige Infiltration der grauen Substanz des Aquaeductus Sylvii mit vorhanden zu sein. Die Affektion der die Lichtreize übertragenden Fasern erklärt zur Genüge die reflektorische Starre der Pupillen und deren Erweiterung unter der Einwirkung der Antagonisten. Die die Pupillenstarre in anderen Fällen begleitende Myosis kann durch beginnenden Entzündungsprozefs in der grauen Substanz des Aquaeductus erklärt werden, wobei die Fasern des Fasciculus sublongitudinalis gereizt werden und noch nicht ganz degeneriert sind. Schwieriger ist zu erklären die normale Weite der Pupillen bei deren Starre; Verfasser ist geneigt anzunehmen, dafs der normalen Weite der Pupillen in diesen Fällen eine Mydriasis vorangegangen ist, die allmählich schwächer wurde, so dafs zum Schlufs die Pupillen ihre normale Weite wieder erreicht haben. Auch in Fällen von syphilitischer Anisokorie lokalisiert Verfasser den Prozefs im vorderen Vierhügel nahe dem Kreuzungspunkt der Fasern von Fasciculus sublongitudinalis und zwar auf Grund einiger Fälle, in welchen Verfasser im Laufe von mehreren Jahren die Entstehung beiderseitiger Pupillenstarre, ohne Parese übriger Kopfnerven beobachten konnte.

Dieselbe Lokalisation wird auch in Fällen von träger Pupillenreaktion angenommen, doch mufs der Prozefs hier viel schwächer ausgeprägt sein.

Die träge Pupillenreaktion scheint als erstes Symptom der beginnenden syphilitischen Affektion des Nervensystems aufzutreten; beim Fortschreiten des entzündlichen Prozesses kommt in der Regel anfangs Anisokorie mit Pupillenstarre in der erweiterten Pupille zustande, und zum Schlufs — beiderseitige Mydriasis mit beiderseitiger Pupillenstarre. Bei jugendlichen Individuen mit fehlenden oder trägem Pupillenreflex kommt immer — nach Ausschliefsung der Hysterie, Epilepsie, Neurasthenie und Augenaffektionen — die Syphilis, als ursächliches Moment, in erster Linie in Betracht.

2. **Die Syphilis unter den Prostituierten in Lemberg**, von Jan Paprée-Lemberg. Die Arbeit erschien gleichzeitig im *„Archiv für Dermatologie und Syphilis“* (siehe Referat Heft 7, S. 333). *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Februar 1908. Band XV.

I. **Ein Fall von Epidermatitis pustulosa staphylomycotica in pathologisch-anatomischer Hinsicht**, von Stud. Eberth-Petersburg. Unter der Leitung des Prosektors Omeltschenko hat Stud. Eberth einen klinisch unklaren Fall pathologisch-anatomisch untersucht. Es handelte sich um einen 14jährigen Knaben, welcher in wenigen Tagen unter hohem Fieber starb. Bei der Sektion fand man aufser den Zeichen eines überstandenen Abdominaltyphus (typische Pigmentation der Peyerschen Plaques) verschiedene für Septikämie sprechende Veränderungen, darunter auch einen in Pusteln bestehenden Ausschlag, welche ihren Sitz in der Epidermis hatten. Aus diesem Grunde schlägt Verfasser die Benennung Epidermatitis vor. Die mikroskopische Untersuchung ergab chronische Veränderungen der Blutgefäfse der Epidermis, anscheinend als Folge einer vorhergegangenen akuten Infektionskrankheit. Kulturell wurde in den Pusteln der Staphylococcus pyogenes aureus gefunden.

II. **Atoxyl bei kondylomatöser Syphilis**, von Meschtscherski. Auf Grund von 15 Beobachtungen, wo Verfasser das Atoxyl anwandte, ist er zu folgenden Schlüssen gekommen:

1. Das Atoxyl hat im allgemeinen nur eine geringe Wirkung auf die Erscheinungen der kondylomatösen Syphilis. Die ersten Einspritzungen wirken stärker als die folgenden.

2. Am besten wirkt das Atoxyl noch auf die gutartigen, zum spontanen Rückgang neigenden kondylomatösen Erscheinungen, während es auf die schwereren und tiefergreifenden Erscheinungen gar nicht oder nur schwach wirkt.

3. Im allgemeinen wirkt das Atoxyl ungleich schwächer als das Quecksilber, so dafs es nicht als Spezifikum gegen Syphilis angesehen werden kann.

4. Die Behandlung mit Atoxyl ist nicht ungefährlich, da Intoxikationserscheinungen plötzlich auftreten können, welche bei Personen mit geschwächter Herztätigkeit sehr bedrohlich werden können.

5. Das Atoxyl kann daher nur bei solchen Personen angewandt werden, die kein Quecksilber vertragen oder deren Allgemeinbefinden gehoben werden mufs, wie z. B. bei maligner Syphilis.

6. Schwere oder bedrohliche Erscheinungen von Syphilis, ebenso wie die Syphilis bei Graviden dürfen nicht mit Atoxyl behandelt werden.

III. **Zur Kasuistik der Blennorrhoe bei den Kindern**, von Klärfeld. Beschreibung von fünf Tripperfällen bei Kindern, und zwar bei vier Mädchen und einem Knaben, im Alter von fünf bis neun Jahren. Soviel sich eruieren liefs, war die Ansteckung in diesen Fällen bald durch die Wärterinnen, bald durch Burschen, endlich aber auch durch die von ihren Männern infizierten Mütter oder den Vater zustande gekommen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Über die Klassifizierung der neueren Strahlen, von H. Greinacher-Zürich. (Vieweg & Sohn, Braunschweig 1908.) Die Arbeit gibt einen Überblick über das Gebiet der neueren Strahlen. Der Einteilung zugrunde liegen die neueren Anschauungen über die Struktur der Elektrizität, die zur grofsen Scheidung in Elektronenstrahlen und in materielle Strahlen geführt haben. Weniger gesichert sind noch die

Anschauungen über die Röntgenstrahlen oder die γ-Strahlen der radioaktiven Substanzen, insbesondere da neuerdings deren Lichtnatur wieder in Abrede gestellt wird. Die Arbeit soll keine eingehende Behandlung des Gegenstandes bieten, sondern nur einen zur raschen Orientierung dienenden Überblick über das Gebiet der neueren Strahlen bieten. Und diesen Zweck erfüllt sie auch. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Kosmetik, von E. Saalfeld. (Julius Springer, Berlin 1908.) Verfasser hielt bekanntlich schon seit Jahren Kurse für Ärzte über Kosmetik als Teilgebiet der wissenschaftlichen Dermatologie. Diese Vorträge sind nunmehr in Buchform erschienen als ein Leitfaden für praktische Ärzte. Das Büchlein ist in acht Kapitel eingeteilt: 1. Schlechter Teint, Komedonen und Akne. 2. Asperities faciei, Milien. 3. Anomalien der Verhornung. 4. Gefäſsneubildungen. 5. Hypertrichosis. 6. Haarausfall. 7. Pigmentanomalien. 8. Anomalien der Schweiſssekretion, Schminken, Haarfärbung, rauhe und rote Hände, Nagelpflege, Einrisse in den Lippen, Narben, Lichen pilaris, Rasenröte, Runzeln. — Diesen acht Kapiteln folgt dann noch ein Anhang über Wasser, Bäder, Fette, Seife und Salben. Dem Fachmann wird natürlich nicht viel Neues geboten, aber für den Zweck, dem es dienen soll, ist das kleine handliche Büchlein durchaus brauchbar. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Glykosurie in chirurgischer Beziehung, von Albert E. Halstead-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 10.) Die Statistik des Verfassers ergibt, daſs das Auftreten einer Glykosurie bei chirurgischen Verletzungen im allgemeinen die Heilung nicht beeinfluſst. Ein gleiches gilt von der toxischen Glykosurie im Zusammenhang mit Karbunkel, Phlegmone, Gangrän und Erysipel. *Schourp-Danzig.*

Über Lävulosurie und über den Nachweis der Lävulose im Harn, von A. Jolles-Wien. (*Arch. d. Pharmazie.* 1906. Heft 7.) Die Differenzen bei der Untersuchung von Harnen auf Zucker zwischen den Ergebnissen der polarimetrischen und titrimetrischen Methode beruhen teilweise auf der Anwesenheit linksdrehender Verbindungen, z. B. nach Einnehmen von Benzosol und Sandelöl. In manchen Fällen muſs nach den Ergebnissen der Seliwanoffschen Reaktion auf die gleichzeitige Anwesenheit von Dextrose und Lävulose geschlossen werden. Die qualitative Reaktion von Seliwanoff führt Verfasser so aus: 10 ccm Harn mit einer Messerspitze Resorcin und etwa 3 ccm 10%iger Salzsäure werden bis zum Kochen erhitzt. Eine beim Kochen sofort auftretende Rotfärbung weist auf Lävulose hin. Zur quantitativen Bestimmung der Lävurinose hat sich die Methode von Ost bewährt, welche beschrieben wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Urobilinurie ist kein Zeichen einer Insuffizienz der Leber, von A. Gilbert und M. Herscher-Paris. (*Presse méd.* 1907. Nr. 74.) Die Autoren ziehen aus ihren Beobachtungen folgende Schlüsse: Das Urobilin des Harns wird nicht in einer kranken Leber produziert, sondern ist ein Abkömmling des normalen Gallenpigments, das in der Niere reduziert wird. Die Urobilinurie läſst also nur auf eine Cholämie schlieſsen, nicht aber auf eine Insuffizienz der Leber.

Carl Schramm-Dortmund.

Zur klinischen Bedeutung der Phosphaturie, von Carl Ullmann-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 49—53.) Unter Phosphaturie bezeichnet U. die spontane Ausscheidung mineralischer Stoffe aus dem nativen Harn; er verbreitet sich dann über die chemisch-mikroskopischen Verhältnisse der 'Phosphaturie und über einige klinische Beobachtungen bei konstanter chronischer Phosphaturie sowie über Beobachtungen bei physiologischer Phosphaturie. Näher beleuchtet wird dann noch das Thema Phosphaturie und Tripper, deren gleichzeitiges Vorkommen ja fast konstant ist. Ullmann meint, daſs diese Kombination entweder nur eine vorübergehende, rein alimentäre ist, oder durch reflektorische Beeinflussung des Stoffwechsels und der Nierensekretion auf dem Wege sexueller Neurasthenie, keineswegs aber lediglich auf Beimengung von alkalischen Sekreten zurückzuführen ist. Obwohl weder Qualität noch Quantität der Sedimente in phosphaturischem Harn von denen im normalen, klar gelassenen Harn derart abweichen, daſs daraus derzeit irgendwelche zwingende Schlüsse auf die Bedeutung derselben gezogen werden können, so ist deren kausaler Konnex mit mehr oder weniger ausgesprochenen, meist nervösen Krankheitssymptomen nicht von der Hand zu weisen. Die Phosphaturie, Kalkariurie oder Alkaliurie ist eine Sekretsanomalie der Niere, zu deren Zustandekommen vielleicht gar nicht eine einheitliche, sondern bestimmte Kombinationen ursächlicher Bedingungen vorhanden sein müssen. Für deren Auffassung als Krankheitssymptom dürfen im speziellen Falle jedenfalls nicht nur das Endprodukt, sondern auch die Begleiterscheinungen maſsgebend sein; deshalb ist es derzeit auch nicht immer möglich, von vornherein zwischen der alimentären und den echten spontanen, chronischen Formen mit nötiger Schärfe zu unterscheiden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bericht über einen Fall von Melanurie, von Frederik Bierhoff-New York. (*New York med. Journ.* 25. Mai 1907.) Melanurie wird im allgemeinen als ein wenig wichtiges Symptom, welches von geringem oder gar keinem diagnostischen Wert ist, angesehen. Es kommt bei Leuten vor, welche an melanotischem Sarkom oder Carcinom leiden, wenn auch nicht in allen Fällen dieser Art. Die Melanurie hat zweierlei Formen: entweder ist der Harn schon bei der Entleerung schwarz gefärbt oder er wird es erst, nachdem er der Luft ausgesetzt (durch die Oxydation des Melanogens). B. berichtet nun über einen Fall von Melanurie (bei der Entleerung schon schwarz gefärbter Urin), welcher im Verlaufe von Blennorrhoea bei einem 19jährigen jungen Mann sich plötzlich einstellte. Die mikroskopische Untersuchung des Sediments zeigte, daſs die schwarze Farbe von Melanin, das in Körnchen und Klumpen vorhanden war, herrührte. Die Behandlung der Blennorrhoe wurde nicht unterbrochen und nach 48 Stunden war die Schwarzfärbung wieder verschwunden, ohne daſs therapeutisch dieselbe irgendwie berücksichtigt wurde, und blieb es auch in der weiteren sechswöchentlichen Beobachtungszeit. *Stern-München.*

Über intermittierende cystenartige Dilatation des vesikalen Ureterenendes, von Fritz Jakobi. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1907.) *Fritz Loeb-München.*

Die Steine des im Becken gelegenen Teiles der Ureteren, von Albarran. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 20.) Kurze Beschreibung einiger Fälle von Uretersteinen. Eine sichere Diagnose dieser Konkremente ermöglicht nur die Röntgenphotographie, die aber auch manchmal versagt. Die Einführung von Kathetern in die Ureteren gelingt zuweilen trotz des Vorhandenseins von Steinen ganz leicht.

Götz-München.

Über einen neuen Prozeſs der Verpflanzung der Ureteren auf die Urethra membranosa nach Abtragung der Harnblase, von Chirone. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1907. Nr. 12.) Der Verfasser hat das Verfahren bei zwei Hunden angewendet. Die Tiere starben zwar, das eine nach 48, das andere nach 12 Stunden,

ersteres infolge Überbringung in ein zu kaltes Lokal, letzteres wegen septischer Peritonitis. Bei der Autopsie konstatierte man aber, daſs die Verwachsung der künstlich vereinigten Partien bereits in bestem Gange war. Während ferner in den ersten Stunden nach der Operation der Harn noch tropfenweise und kontinuierlich abfloſs, wurden nach und nach die Zwischenräume zwischen den Entleerungen immer gröſser.

C. Müller-Genf.

f. *Labien, Vagina usw.*

Zur Kasuistik der Entwicklungsfehler der weiblichen Genitalien, von Heinrich Bloch. (Inaug.-Dissert. Straſsburg 1907.) Verfasser berichtet über 17 Fälle von Bildungsfehlern der weiblichen Genitalien und zeigt, daſs diese Miſsbildungen in dreifacher Hinsicht von groſser Bedeutung sind: in embryologischer Beziehung, in klinischer Beziehung und in forensischer Beziehung. *Fritz Loeb-München.*

Die vulväre Tuberkulose, von C. Daniel und Amza Jianu-Bukarest. (*Revista de chirurgie.* 1907. Nr. 11.) Die Verfasser beschreiben zwei Fälle von Tuberkulose des äuſseren weiblichen Genitales, und zwar den einen die Clitoris und die kleinen Labien, den anderen das linke groſse Labium betreffend. Erstere Patientin hatte auch eine proliferierende Tuberkulose des Anus und Rektums. Die histologische Untersuchung ergab hauptsächlich eine starke Vermehrung des Unterhautzellgewebes mit zahlreichen infiltrierten Leukocyten, zahlreichen Riesenzellen und Kochschen Bazillen.

Die Tuberkulose des äuſseren weiblichen Genitales kann unter drei Formen in Erscheinung treten: 1. die ulcerös-hypertrophische Form; 2. der Lupus der Vulva; 3. die hypertrophische Form ohne Ulceration. Am häufigsten kommen Ulcerationen zur Beobachtung; dieselben können oberflächlich sein oder auch tief in die Substanz hineinreichen. Die Haut in der Umgebung ist rot-violett, in einigen Fällen dünn und gespannt, in anderen wieder rauh und höckerig. Die kranken Teile können nur einfach geschwellt sein oder eine wahre Hypertrophie darbieten, welche sich auch auf das ganze äuſsere Genitale ausbreiten kann. Einfacher Lupus der in Rede stehenden Teile kommt viel seltener zur Beobachtung, ebenso auch die elephantiasisartige Hypertrophie ohne Ulceration. In allen diesen Fällen findet man Vergröſserung, mitunter auch Erweiterung und Eiterung der Inguinaldrüsen.

Die Behandlung der Vulvartuberkulose richtet sich nach der jeweiligen Form und nach dem Umstande, ob eine primäre oder sekundäre Tuberkulose vorliegt. In letzterem Falle ist nichts zu erreichen und man muſs sich mit palliativen Maſsregeln begnügen. In ersterem Falle ist die Ausschneidung der kranken Teile, eventuell, falls es sich nur um Ulcerationen handelt, die energische Kauterisierung derselben mit dem Thermokauter vorzunehmen. *E. Toff-Braila.*

Zur Behandlung der Vaginitis mit Thigenol, von Jacob David. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 550.) *Fritz Loeb-München.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Der Einfluſs der Blennorrhoe auf die Abnahme der Bevölkerung, von Joseph Taber Johnson-Washington. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 6.) Die Blennorrhoe ist als Teilursache der abnehmenden Geburtsziffer anzuschuldigen; sie führt oft genug zur Impotentia generandi des Mannes, zu Aborten und zur Sterilität der Frau. *Schourp-Danzig.*

Antikritisches zu meiner Tripperstatistik, von W. Erb-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 31.) Enthält eine Erwiderung E.s auf die Kritik seiner Statistik über den Tripper und seine Folgen für die Ehe. Er bemängelt, daſs fast ausschlieſslich nur Venereologen und Gynäkologen seiner Aufforderung, Erfahrungen

auf diesem Gebiet mitzuteilen, Folge geleistet haben. Er hält deren Angaben über die Häufigkeit der blennorrhoischen Infektion bei nachträglicher Ehe für zu hoch berechnet, verteidigt sich aber gleichzeitig gegen den Vorwurf zu optimistischer Auffassung. *Carl Schramm-Dortmund.*

Die Cytologie des blennorrhoischen Sekretes, von Robert W. Taylor-New York. (*Journ americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 22.) In Beziehung auf die Arbeiten von Posner, Max Joseph und Polano, Pelagatti und J. Neuberger hat T. 28 Fälle von Blennorrhoe, 5 Fälle von Vulvovaginitis und 2 Fälle von Augenblennorrhoe cytologisch untersucht und bringt 31 farbige Abbildungen seiner Präparate. Er ist der Ansicht, daſs die Cytologie nur sehr wenig zum Verständnis der Natur, der Prognose oder Behandlung der Urethritis beiträgt. *Schourp-Danzig.*

Das Verhalten der Leukocyten bei der Blennorrhoe, von J. S. Wile-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* Juni 1907.) Es standen dem Verfasser 50 Fälle zur Verfügung, welche sich folgendermaſsen verteilten: Akute Urethritis anterior 11, Urethritis acuta antero-posterior 9, Urethritis anterior chronica 1, Urethritis chronica antero-posterior 11, Vulvovaginitis 10, Arthritis blennorrhoica 2, Cystitis blennorrhoica 1, Urethritis anterior subacuta 2, Urethritis anteroposterior subacuta 3. — Aus einer systematischen Zählung der Blutkörperchen, die in tabellarischer Form wiedergegeben ist, sind folgende Schlüsse zu ziehen: Die mehrkernigen neutrophilen erreichen die höchste Ziffer bei der akuten vorderen Urethritis und nehmen mit dem Übergreifen der Entzündung auf den hinteren Teil der Harnröhre allmählich ab; bei der chronischen Blennorrhoe beider Geschlechter ist die Verminderung ihrer Zahl am meisten ausgesprochen. Bei chronischen Fällen sind die einkernigen Leukocyten vermehrt im umgekehrten Verhältnis zu den mehrkernigen neutrophilen. Die eosinophilen sind bei der akuten Urethritis anteroposterior etwas stärker vermehrt als bei der Erkrankung der vorderen Harnröhre allein. Im Verhalten der basophilen Zellen ist bei der Blennorrhoe kaum irgendwelche Veränderung zu konstatieren.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Nachweis von Antikörpern im Serum eines an Arthritis blennorrhoica Erkrankten mittels Komplementablenkung, von Rudolf Müller und Moritz Oppenheim. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 29.) Wassermann und Bruck haben eine Methode ausgearbeitet, mit der es gelingt, mit Hilfe der Komplementbindung minimale Quantitäten gelöster Bakteriensubstanzen und andrerseits ihrer entsprechenden Antikörper nachzuweisen. Diese Methode versuchte Verfasser bei der Blennorrhoe, er benutzte als hämolytisches Serum das Serum eines Kaninchens, das durch mehrere Wochen mit intravenösen Injektionen sterilen, gewaschenen Rinderblutes vorbehandelt war. Das auf das Vorhandensein von Immunsubstanz zu untersuchende Serum stammt von einem Patienten mit Urethritis posterior subacuta, Prostatitis catarrhalis und Arthritis blennorrhoica. Als Antigen benutzte Verfasser eine Aufschwemmung mehrerer auf Serumagar durch 48 Stunden bei 37° gewachsenen Gonokokkenreinkulturen. Das durch halbstündiges Erwärmen auf 55° inaktivierte Serum des Patienten wurde mit der Aufschwemmung zusammengebracht und nach Zusatz von Komplement in den Brutschrank gestellt. Nach halbstündigem Verweilen im Brutschrank wurde die Rinderblutaufschwemmung sowie das entsprechende gleichfalls inaktivierte hämolytische Serum zugesetzt, worauf die Röhrchen wieder eine halbe Stunde im Brutschrank blieben. Die Resultate mit gleichzeitigen Kontrollproben zeigten, daſs nur das Serum des an Arthritis blennorrhoica erkrankten Patienten hemmend auf die Hämolyse eingewirkt hat. Die Hemmung der Hämolyse beweist demnach einwandfrei die Gegenwart eines spezifischen Antikörpers im Serum eines an Arthritis blennorrhoica Erkrankten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Fehlerquellen bei der Gonokokkenuntersuchung, von A. v. Wahl. (*Prakticscheski Wratsch.* 1907. Nr. 43 und 45.) In einer neuen Arbeit legt Verfasser seine Ansichten über verschiedene Fehlerquellen bei der Gonokokkenuntersuchung dar. Das Ergebnis seiner jahrelangen Untersuchungen faſst er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Untersuchungsmaterial muſs frisch sein. Handelt es sich um den Urin, so muſs derselbe beim Untersucher entleert werden und die verdächtigen Fäden oder die Trübung sofort auf Deckgläschen übertragen und fixiert werden.

2. Eine lokale Behandlung darf der Untersuchung nicht vorhergehen. Gewöhnlich genügt eine vorhergegangene dreitägige Pause in der Behandlung, ausnahmsweise sind zwei bis drei Wochen notwendig. Bei der Frage des Ehekonsenses muſs letzterer Termin beobachtet werden. Auch die innere Behandlung muſs einige Tage vor der Untersuchung unterbrochen werden.

3. Es müssen sowohl die Absonderung als auch die Fäden untersucht werden. Selbst bei nicht sichtbarer Absonderung ist die alleinige Untersuchung der Fäden ungenügend. Die Fäden stammen oft von einer chronischen Blennorrhoe und enthalten das Eiterkörperchen, aber keine Gonokokken, während selbst eine spärliche Absonderung solche enthalten kann. Letztere finden sich in den kaum sichtbaren Pünktchen, welche im Urin schwimmen und schwer auf das Deckgläschen zu übertragen sind.

Arthur Jordan-Moskau.

Notwendigkeit des Kulturverfahrens bei Untersuchung auf Gonokokken, von A. Guépin. (*Acad. des scien.* Paris, Sitzung vom 7. Oktober 1907.) Geradeso wie für andere pathogene Mikroorganismen ist auch für den Gonococcus der negative mikroskopische Befund nicht ausschlaggebend, um das Fehlen dieser Mikrobien mit Bestimmtheit behaupten zu können, und es müssen hierzu Kulturen angelegt werden. Dies soll sowohl bei chronischem als auch akutem Tripper sowie auch bei Endometritis und anderen Erkrankungen des Urogenitalsystems vorgenommen werden. Erst der negative Ausfall der Kulturen berechtigt also die Abwesenheit der Gonokokken aus einem Sekrete anzunehmen. *E. Toff-Braila.*

Über Gonokokken im Blut bei septischer blennorrhoischer Endocarditis, von Konrad Thaler. (Inaug.-Dissert. Rostock 1906.) Der ausführlich geschilderte Fall zeigt von neuem, daſs der Gonococcus Neisser, einmal in die Blutbahn gelangt, voll und ganz die Rolle eines pyogenen Coccus vertreten kann.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Gonokokkensepsis im Wochenbett mit Lokalisation in der rechten Niere, von Kurt Himmelheber - Heidelberg. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 26.) Eine blennorrhoisch infizierte Wöchnerin erkrankte am zweiten Wochenbettstage mit Fieber und Schwellung beider Handgelenke; in den steril entnommenen Uteruslochien wurden Gonokokken nachgewiesen. Vom elften Tage ab nahm das Fieber einen remittierenden pyämischen Charakter an, während gleichzeitig Symptome einer rechtsseitigen Pyelitis aufgetreten sind. Im Blute lieſsen sich kulturell Gonokokken nachweisen, dagegen war der Katheterharn stets steril gefunden und Erscheinungen einer Cystitis fehlten. Die Gonokokken haben demnach in diesem Falle unter dem Einflusse der Geburt und des Wochenbettes bei einem früher gesunden Individuum neben Allgemeininfektion Pyelitis erzeugt. Was das Zustandekommen der Nierenbeckeninfektion anbelangt, so neigt Verfasser für seinen Fall zur Annahme einer hämatogenen Infektion. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Weiterer Beitrag zur Frage der Phosphaturie bei Blennorrhoe, von Moritz Oppenheim-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 48.) Der durch die Nahrungsweise der Blennorrhoiker in seiner Acidität herabgesetzte Urin büſst durch die alkalisch

reagierenden Sekrete der erkrankten Harnröhre und deren Drüsen noch mehr an Acidität ein, so dafs eine alkalische Reaktion des Harns leichter zustande kommt, wodurch Erdalkaliphosphate ausfallen. Der Phosphaturin bei der Blennorrhoe ist, wie auch die chemische Untersuchung des Phosphatharns zeigt, die notwendige Folge einer alkalischen Urinreaktion. Der Harn wird durch die Nahrungsweise der Blennorrhoiker, die sich aller scharfen, gewürzten und sauren Speisen enthalten, die oft alkalische Mineralwasser zu sich nehmen, viel vegetabilische Kost geniefsen, in seinem Säuregehalt bedeutend gemindert oder alkalisch gemacht. Dieser Harn trifft nun in der Blase und in der Harnröhre auf alkalisch reagierende Sekrete (Produkte der Blennorrhoe) die sich bei Körpertemperatur mischen. Dadurch wird die Alkalinität weiter erhöht, wodurch eine Ausfüllung der Erdalkaliphosphate, entsprechend dem Grade der Alkalinität des Harns verursacht wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Heilung der Blennorrhoea neonatorum, von Vincenz Fukala-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 41.) In seinem stilistisch und inhaltlich recht merkwürdigen Aufsatze, der die Ophthalmoblennorrhoe zum Gegenstand hat, behauptet F., dafs „das Credésche Verfahren nur die Verhütung leichterer Erkrankungen erreicht". Zur Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum empfiehlt er zweimal täglich zu wiederholende Touchierung der Lidbindehaut mit 4—5%iger Höllensteinlösung; zur Applikation der Lösung bedient er sich eines kleinen Wattebausches, der an einer Sperrpinzette befestigt ist. Das Verfahren führt rasch zur Heilung, ohne dafs die gefürchteten Hornhauterkrankungen eintreten. — Bei der akuten blennorrhoischen Ophthalmoblennorrhoe der Erwachsenen bringen Touchierungen mit 4%iger Höllensteinlösung nur dann Heilung, wenn sie in der allerersten Zeit, vor Beginn der starken Sekretion vorgenommen werden, wenn erst fibrinöse Infiltration vorhanden ist, versagen auch sie, die Erhaltung der Hornhaut ist in diesem Stadium nicht mehr möglich. Bei Erwachsenen wird die Bindehaut vor der Ätzung mit 5—10%iger Kokainlösung betupft, drei bis vier Minuten nachher mit Wasser abgespült. *Götz-München.*

Kann man die Zahl der Erkrankungen an Ophthalmoblennorrhoea gonorrhoica verringern? von Otto von Herff. (*Gynaek. Rundschau.* 1907. Nr. 19.) Aus der Arbeit geht hervor, dafs mit dem Fallenlassen des Argentum nitricum und der Einführung insbesondere des Protargol und Sophol die Zahl der Ophthalmoblennorrhoea gonorrhoica von zuvor rund 0,27% auf 0,05%, d. h. um ca. 80%, sich im Frauenspital Basel verringert hat, während in der gleichen Zeit die Zahl der Erkrankungen in der Stadt gleich blieb. Bei Protargol blieben 70% der Kinder ohne Reizwirkungen, bei Sophol 90%. *A. Straufs-Barmen.*

Über die Vorzüge einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung der Prostatitis blennorrhoica, von L. Wormser. (*Journ. des pratic.* 1907. Nr. 18.) W. empfiehlt die Viergläserprobe zur frühzeitigen Diagnose der Prostatitis blennorrhoica und bei beginnender Abscedierung Massage „plus ou moins énergique", unterstützt von Permanganatspülungen durch Urethra und Blase. „Ob die Methode viele Anhänger finden wird, dürfte sehr zweifalhaft sein". (Ref.) *Carl Schramm-Dortmund.*

Beiträge zur Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Pyelitis, von Josef Sellei und Hugo Unterberg-Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 35.) Die fünf mittels Uretherkatheter gewonnenen Harne von Patienten zeigten a) in einem Falle die reine Infektion des Gonococcus, b) Gonokokken und andere Bakterien in einem Falle, c) Mischinfektion ohne Gonokokken in drei Fällen. Das Pyelon war in keinem der fünf untersuchten Fälle erweitert. Die Untersuchungen zeigen, dafs, obgleich der Gonococcus direkt imstande ist, Pyelitis zu verursachen, meistens doch bei derselben noch andere Bakterien mit tätig sind, dafs also das gröfsere Kontingent der sogenannten blennorrhoischen Pyelitiden durch Mischinfektion entsteht. Bezüglich

der Therapie ist zu bemerken, dafs die blennorrhoische Pyelitis meist durch Ruhe und interne Behandlung heilt, lokale Behandlung ist nur in seltenen Fällen nötig und hier empfiehlt sich die Waschung des Nierenbeckens durch den Uretherenkatheter mit Borlösung und Argentum nitricum 0,1 : 100 oder mit Kollargol 1—2 %.

Bernhard Schulze-Kiel.

Neuritis nach Blennorrhoe, von PICKENBACH-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 27. Nach Zusammenstellung der betreffenden Literatur bespricht Verfasser den eigenen Fall einer blennorrhoischen Neuritis ohne Arthritis. Der Fall betrifft einen 27jährigen Mann, der zweimal eine Blennorrhoe, ferner einen weichen Schanker durchgemacht, infolge seines ausschweifenden Lebens einen geschwächten Organismus hatte und dann zum dritten Male einen Tripper akquirierte, der schwere septische Erscheinungen zur Folge hatte.

Zuerst trat eine Entzündung des Samenstrangs auf, die sich weiter auf Vorsteherdrüse und Nebenhoden fortsetzte und dann sich zu einem grofsen Abscefs entwickelte, der inzidiert werden mufste. Gleichzeitig setzten heftige Schmerzen in den unteren Extremitäten ein mit Ergriffensein der Gebiete des linken Nervus ischiadicus und des rechten Nervus peroneus. Unter entsprechender Behandlung verschwanden die Erscheinungen, um dann um so heftiger aufzutreten. Jetzt wurden noch mehrere Nerven in Mitleidenschaft gezogen, so hauptsächlich die beiden Nervi glutaei, der linke Nervus cruralis, weniger beteiligt waren der rechte Nervus cruralis, der linke Nervus peroneus und die beiden Nervi axillares. Die Nerven wurden auf Druck schmerzhaft, ihre elektrische Erregbarkeit sank, teilweise kam es zur Entartungsreaktion, die von ihnen versorgten Muskeln atrophierten. Die Sehnenreflexe waren dabei herabgesetzt; Blasen- und Mastdarmstörungen bestanden nicht, desgleichen traten keine Sensibilitätsstörungen auf. — Unter entsprechender Behandlung besserte sich diese Polyneuritis. Patient fing aber an wiederum ausschweifend zu leben und die Beschwerden stellten sich wiederum ein; sie wurden noch gesteigert, als Patient die Lues akquirierte, die nach Verfasser hier nur als Infektionskrankheit, die einen schon nervenkranken Körper befallen hat, eine Rolle spielte. Im weiteren Verlaufe wurde die Polyneuritis vollkommen geheilt, die Syphilis nimmt ihren normalen Verlauf an. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Myositis blennorrhoica, von CHAUFFARD. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 37.) Die häufigste Muskelerkrankung, die im Verlaufe der Blennorrhoe auftritt, ist die frühzeitig und rasch sich entwickelnde Atrophie der Muskeln in der Umgebung blennorrhoisch erkrankter Gelenke. Diese Atrophie ist nicht, wie man eine Zeitlang meinte, durch die Immobilisierung der Gelenke bedingt, sie wird vielmehr vom Rückenmark aus, das durch das Toxin der Gonokokken geschädigt ist, ausgelöst. Ferner kommen Muskelatrophien an sämtlichen vier Extremitäten, verursacht durch blennorrhoische Meningomyelitis, vor, ohne dafs Arthropathien beständen. Aufserdem gelangen auch, allerdings sehr selten, Muskelerkrankungen infolge direkter blennorrhoischer Infektion der Muskeln zur Beobachtung. So traten bei einem 20jährigen Menschen mit akuter Blennorrhoe gleichzeitig mit blennorrhoischen Gelenkerkrankungen an Füfsen und Händen an der Muskulatur des linken Oberarmes die Zeichen einer Entzündung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit, auf. Die Haut wurde rot und ödematös, in der Tiefe war Fluktuation zu fühlen. Die Behandlung bestand anfänglich in feuchtwarmen Einpackungen, dann wurde inzidiert und in der Tiefe unter dem Biceps Eiter gefunden. Die Heilung erfolgte sehr rasch, doch wurde die Muskulatur des ganzen Oberarms atrophisch. Der Eiter enthielt Gonokokken. — Wie hier das intermuskuläre Bindegewebe, so ist in anderen Fällen der Muskel selbst Sitz der Eiterung; zuweilen geht die Entzündung zurück, ohne dafs sich Eiter bildet. Die Prognose solcher blen-

norrhoischer Muskelentzündungen ist günstig, zu septikämischen Erscheinungen kommt es nur sehr selten. *Götz-München.*

Über Gelenkleiden auf der Basis von Geschlechtskrankheiten, von BRUNO BOSSE-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 43—44.) Von den Geschlechtskrankheiten, in deren Verlauf Gelenkerkrankungen auftreten können, kommt zuerst der Tripper in Betracht. Der sog. Tripperrheumatismus ist keine seltene Komplikation, charakteristisch ist dabei das plötzliche Befallenwerden eines Gelenkes, in 70—80 % des Kniegelenkes, dabei fehlt Fieber; Salicylsäure und Antipyrin versagen dabei, Rezidive sind häufig. Man unterscheidet dabei drei Erscheinungsweisen: 1. Die des einfachen Hydrops, der meist schnell wieder schwindet und ohne Entzündung einhergeht. Bei der zweiten Form (der profibrinösen Form), besteht das Exsudat aus einer trüben Flüssigkeit, die Eiterkörperchen enthält und mit Fibrinflocken untermischt ist. Die Kapsel ist verdickt, heftige Schmerzen, Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden sind die Regel; der Verlauf ist ein langsamerer und öfters treten Funktionsbehinderungen in den befallenen Gelenken auf. Die dritte und bösartigste Form der blennorrhoischen Gelenkaffektionen ist die phlegmonöse Form, leider auch die häufigste. Die Erscheinungen sind stürmisch: sehr starker Schmerz, starke Schwellung, Fieber, der in der Synovialis einsetzende akut entzündliche Prozeſs führt zur Fibrinausscheidung und Erguſs, das Endothel geht verloren, Knorpel und Knochen werden meist ziemlich spät angefressen, die Synovialis verwandelt sich in derbes, schwieliges zu Verwachsungen geneigtes Granulationsgewebe. Die Muskeln in der Umgebung atrophieren, Ankylosen und fehlerhafte Stellungen können bald eintreten. Diese Form kann polyartikulär werden und Monate lang dauern und sich mit Endocarditis vergesellschaften. Therapeutisch bewährt sich die BIERsche Stauung.

Auch die Gelenkaffektionen der akquirierten Syphilis treten in drei verschiedenen Formen auf: 1. In der zweiten Inkubationsperiode als Arthralgie besonders nachts, die bald wieder schwindet. Die zweite Form ist eine richtige Arthritis mit Auftreten eines Ergusses, ähnlich einem akuten Rheumatismusanfall, Schmerz besonders nachts, wird mit Erfolg mit Jodkalium behandelt. Die dritte und häufigste Form ist die gummöse Form der Arthritis, die auf den Gummigeschwülsten beruht und daher zu ausgedehnten Veränderungen führt, Synovialis- und Kapselverdickungen, reichliche Zottenbildung, Ersatz des Knorpels durch syphilitisches Granulationsgewebe, Narbenbildung im Knorpel usw. Bei der Ausheilung bleibt meist eine Bewegungshinderung mit Knirschen zurück. Das Allheilmittel dagegen ist Quecksilber und Jodkalium. Zum Schlusse wird noch die hereditäre Gelenklues besprochen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Diagnose und Behandlung der chronischen Gelenkerkrankungen, von F. FRANKE-Braunschweig. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1907. Nr. 29—31.) Die blennorrhoische Gelenkentzündung läſst vier Formen erkennen: 1. Serösen Hydrops; 2. serofibrinösen Hydrops mit Kapselschwellung; 3. Empyem; 4. paraartikuläre Entzündung, letztere relativ oft mehr trocken verlaufend und dann meist zu Ankylosen führend, wobei das Gelenk dann dem tuberkulösen Spindelgelenk ähnelt. Anhaltspunkte für die Diagnose ergeben sich aus der Anamnese dem klinischen Befund (Fluor), dem Verlauf, Resistenz gegen Salicyl, selten aus dem Nachweis von Gonokokken, da die bakteriologische Untersuchung meist negativ ausfällt. — Die Syphilis äuſsert sich an den Gelenken teils bloſs als Schmerz ohne anatomisch nachweisbare Veränderungen, teils als einfacher Hydrops, ferner als gummöse synoviale oder ostale reine Arthritis mit Zottenbildung und viertens als sekundäre Entzündung im Anschluſs an vorangehende Periostitis und Osteomyelitis (Osteochondritis epiphysaria). Letztere Form soll bei hereditärer Lues nicht ganz selten sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Akute Arthritis als Komplikation bei einem Falle von blennorrhoischer Conjunctivitis, von J. H. F. Nann. (*Lancet.* 14. Sept. 1907.) Bei einem gut entwickelten Säugling trat am dritten Lebenstage eine akute eitrige Conjunctivitis linkerseits hervor. Die Mutter, primipara, erkrankte ziemlich gleichzeitig an Parametritis; sie hatte einige Wochen lang vor der Entbindung vermehrte Scheidensekretion gehabt, und die Anamnese ergab, dafs der Vater des Kindes an Blennorrhoe gelitten hatte. Am vierten oder fünften Krankheitstage wurde das rechte Auge auch ergriffen, und am Metatarsophalangealgelenk links traten deutliche Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit hervor. Allmählich erfolgte völlige Genesung. N. deutet die Gelenkaffektion als blennorrhoische Arthritis. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Behandlung der blennorrhoischen Gelenkerkrankungen, von G. Treupel-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 39.) Tr. empfiehlt zur Behandlung der Monarthritis und Polyarthritis blennorrhoica Stauung, heifse Luft, später Massage und Bäder; man erzielt damit fast stets vollständige Heilung.

Götz-München.

Zur Behandlung der Arthritis blennorrhoica, von Alfred Mathies. (Inaug.-Dissert. Kiel 1907.) In der chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel wurden seit dem Jahre 1904 alle eingelieferten Fälle blennorrhoischer Arthritiden mit Bierscher Stauung behandelt mit dem Erfolg, dafs man meist ohne chirurgische Eingriffe auskam und befriedigende Resultate hinsichtlich der Gelenkfunktionen erzielte. Verfasser führt die Krankengeschichten von 18 Fällen an. Aufser den besseren Heilerfolgen hat die Stauungstherapie noch weitere Vorteile. Fast allgemein ist die schmerzlindernde Wirkung anerkannt. Dann ist wichtig, dafs diese Behandlungsart eine viel einfachere und billigere ist, was zumal für die Armenpraxis von Bedeutung ist. Abgesehen davon, dafs den Krankenanstalten viel Mühe erspart wird, ist in einer Reihe von Fällen eine Krankenhausbehandlung überhaupt nicht erforderlich, da die Kranken selbst oder deren Angehörige bei einiger Intelligenz bald das regelrechte Anlegen der Binde erlernen können. Ein weiterer wichtiger Vorzug ist der, dafs bei Anwendung der Stauungshyperämie sehr leicht und frühzeitig mit Massage, passiven und aktiven Bewegungen begonnen werden kann und auf diese Weise Inaktivitätsatrophie und Ankylosenbildung verhütet wird. Vorzüge der Stauungstherapie gegenüber den bisherigen Behandlungsmethoden blennorrhoischer Arthritiden sind: kürzere Behandlungsdauer, auffallend rasches Nachlassen der Schmerzen, Einfachheit des Verfahrens, Billigkeit, Abnahme der Fälle mit zurückbleibender Gebrauchsunfähigkeit der Gelenke und entschieden bessere Heilerfolge. *Fritz Loeb-München.*

Über Behandlung und Pathogenese der blennorrhagischen Epididymitis. (Chirurgische Therapie), von Xavier Jouve. (*Thèse de Montpellier.* 1906. Nr. 69.)

Fritz Loeb-München.

Über Epididymitis blennorrhagica und deren chirurgische Behandlung, von Houssiau. (*Ann. de la Policl. centr.* 1907. Nr. 4.) Verfasser wendet sich gegen die Auffassung, dafs nach aufgetretener Epididymitis die Spülungen der Harnröhre zu unterlassen sind. Auf der Abteilung Duhots werden solche Spülungen mit Kalium permanganicum (1 auf 4000 resp. auf 2000) seit längerer Zeit gemacht, und zwar mit sehr gutem Erfolg.

Was die chirurgische Behandlung der Epididymitis, die sog. Epididymotomie, anbelangt, glaubt Verfasser nach kurzer Beschreibung von sieben Fällen aus der Abteilung Duhots, dafs dieselbe in folgenden Fällen angezeigt erscheint: 1. Wenn die mit akuter und schmerzhafter Orchi-Epididymitis behafteten quand même arbeiten müssen und sich keine längere Zeit Schonung verschaffen können, oder wenn die Krankheit mit sehr grofsen Schmerzen und hohem Fieber einhergeht. 2. Bei oft

rezidivierenden Epididymitiden. 3. Nach geheilten Nebenhodenentzündungen, nach welchen Schmerzen zurückbleiben, und zwar infolge von Bildung fibröser Stränge, die eine Kompression auf die Ausführungsgänge auszuüben scheinen.

Leon Feuertein-Lemberg-Bad Hall.

Die Anwendung von reinem Ichthyol bei Epididymitis blennorrhoica, von Caesar Philip-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 41.) Ph. empfiehlt, bei Epididymitis blennorrhoica nach dem Abklingen der ganz akuten Erscheinungen die erkrankte Skrotalhälfte nebst der Hautpartie über dem Samenstrang bis über die Leistenpforte hinaus mit reinem Ichthyol einzupinseln; darüber kommt Watte und ein gewöhnliches straff sitzendes Suspensorium. Die Watte verklebt mit dem Ichthyol und bildet nach kurzer Zeit einen festen Kompressivverband, der nach vier bis fünf Tagen erneuert wird. Rasieren des Skrotums ist nicht erforderlich, es genügt, die Haare kurz zu schneiden. Unter dieser Behandlung werden Infiltrate und Schmerzen, während die Patienten ihrem Berufe nachgehen, auffallend rasch geringer, die zurückbleibenden Schwielen sind unbedeutend, zuweilen beobachtete Ph. sogar vollständige Restitutio ad integrum. Ph. benutzt das Ichthyolammonium der Ichthyolgesellschaft Cordes, Hermanni & Cie., Versuche mit Ersatzpräparaten brachten ihm nur Enttäuschungen.

Götz-München.

Über das Jothion in der Behandlung der Orchi-Epididymitis blennorrhoischen Ursprungs, von Emile Guigues. (*Thèse de Montpellier.* 1906. Nr. 83.)

Fritz Loeb-München.

Prophylaxe der Blennorrhoe beim Manne, von Tansard. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 41.) Aufzählung und kritische Würdigung verschiedener zur Prophylaxe der Blennorrhoe des Mannes angegebenen Mittel, Methoden und Apparate. Prophylaktische Injektionen größerer Flüssigkeitsmengen in die Urethra hält B. ebenso wie Guyon für gefährlich, weil sie gern mit so großer Gewalt vorgenommen werden, daß die Flüssigkeit in die hintere Harnröhrenpartie und in die Blase gelangt. Das kann zu unangenehmen Folgen führen; Guyon sah z. B. in einem Falle nach solchen Injektionen eine phlegmonöse tödlich endende Prostatitis auftreten. Entschieden vorzuziehen sind Instillationen einiger Tropfen antiseptischer Flüssigkeit in die vorderste Partie der Harnröhre, und zwar genügen nach den Erfahrungen T.s 1—2 %ige Protargollösungen, während die meisten Autoren 10—20 %ige empfehlen. Diese reizen ebenso wie Höllenstein-, Kaliumpermanganat-, Albargin- und Sublimatlösungen die Harnröhrenschleimhaut zu stark und können bei häufig wiederholter Anwendung die Entstehung von Strikturen bewirken. Jeder Instillation muß eine sorgfältige Reinigung des Meatus, der Glans und des ganzen Penis mit Sublimatlösung oder antiseptischer Seife vorausgehen. Wenn Welander behauptet, daß prophylaktische Maßnahmen nur innerhalb der ersten fünf Stunden nach dem Coitus wirksam sind, so ist diese Frist nach T.s Beobachtungen zu kurz bemessen; doch soll die Instillation stets möglichst bald nach dem Coitus vorgenommen werden. In einem Falle gelang es T., eine seit sechs Tagen bestehende blennorrhoische Infektion der Harnröhre durch zweimalige Instillation einiger Tropfen 2 %iger Protargollösung zum Verschwinden zu bringen.

Götz-München.

Umfrage über Begriff und Behandlung der chronischen Blennorrhoe. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 18, 19, 21 und 22.) Die Redaktion der *Medizinischen Klinik* hat sich an eine Reihe von Spezialisten gewendet mit der Bitte um Beantwortung der folgenden Fragen: 1. Wie definieren sie den Begriff der chronischen Blennorrhoe? und 2. wie gestaltet sich im Prinzip ihre Behandlungsart dieses Leidens oder seiner verschiedenen Abarten?

Als Einführung zu den erteilten Antworten dienen die ausführlichen Mitteilungen

von JADASSOHN, denen nacheinander die Ausführungen von KARL HERXHEIMER, H. WOSSIDLO, E. FINGER, WOLTERS, BUSCHKE, NEISSER, MAX JULIUSBERG, FRANZ NAGELSCHMIDT, SCHOLTZ und J. F. VON CRIPPA folgen.

In bezug auf die erste Frage stehen die meisten Autoren auf dem Standpunkte, daſs wir als Blennorrhoe nur solche Prozesse bezeichnen sollen, welche nicht bloſs ursprünglich durch die Gonokokken bedingt, sondern auch durch sie unterhalten werden. Nur WOSSIDLO und NAGELSCHMIDT halten es für die Praxis für unzulässig zwischen chronischer Blennorrhoe und postblennorrhoischen Entzündungen resp. Katarrhen zu unterscheiden.

Bezüglich der Therapie sehen die meisten Autoren mit JADASSOHN als das wichtigste Ziel derselben die definitive Vernichtung der Gonokokken an allen Punkten mit möglichst geringer oder ohne alle Schädigung der Schleimhaut, eventuell sogar mit günstiger Beeinflussung der entzündlichen Veränderungen. Vor der Behandlung muſs man sich über die Lokalisation des Prozesses nach Möglichkeit Rechenschaft geben. Die Adnexen müssen sorgfältig mitbehandelt werden. — Die Behandlung der postblennorrhoischen Katarrhe halten die meisten Autoren nur in relativ seltenen Fällen für notwendig. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die hydrotherapeutische Behandlung der Blennorrhoe, von CARL PETERS-Goslar. (*Med. Woche.* 1907. Nr. 48—49.) Verfasser schildert die Gefahren einer Injektionstherapie, besonders einer verkehrt angewendeten und preist dann die Erfolge der Hydrotherapie, die dauernde Heilerfolge ohne Nachbleibsel habe, insonderheit Bäder aller Art. Aber alleinseligmachend ist das Wasser scheinbar doch nicht, denn bei Strikturen z. B. empfiehlt P. gleichzeitig vorsichtiges Bougieren mittels elastischer konischgeknöpfter Bougies. Ebenso spricht er für das tatsächlich ja allseitig als nützlich empfohlene Gonosan von Riedel & Co. Seine Leitsätze lauten: Die zielbewuſste und beste Tripperbehandlung besteht in a) möglichst frühzeitig und streng durchgeführter Anwendung der erforderlichen hydrotherapeutischen Maſsnahmen, b) gleichzeitiger Darreichung von Gonosan bei sehr heftigen subjektiven und objektiven Erscheinungen und strengster Vermeidung aller örtlich reizenden oder ätzenden Medikament-Einspritzungen. Wenn diese Mahnungen mehr beherzigt würden, so würden die Erfolge in der Behandlung der akuten Blennorrhoe in wenigen Jahren (?) ganz erheblich bessere werden, würden vor allem die üblen Folgekrankheiten dieses Peinigers der Menschheit infolge der natürlichen und gründlichen Beseitigung des Giftstoffes aus dem Körper mehr verschwinden, während sie heute noch infolge der unrationellen Behandlung in ungeahntem Maſse verbreitet sind. (Diese Ansichten werden wohl sicher nicht von allen Ärzten geteilt, so leicht ist die Behandlung der Blennorrhoe denn doch nicht, Wasser allein tuts nicht, auch nicht Gonosan allein, dessen unterstützender Wert von mir durchaus anerkannt wird. Vom ganzen Aufsatze kann ich nur sagen: „Die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube!" Der Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Behandlung des akuten Trippers bei Männern, von EUGENIUSZ BORZECKI. (*Przegląd lekarski.* 1907. Nr. 16—18.) In Fällen von akuter Blennorrhoea anterior ist Verfasser für lokale Therapie mit Silberpräparaten; nur dann, wenn die akuten Erscheinungen mit heftigen entzündlichen Symptomen einhergehen, rät Verfasser, sich einige Zeit mehr passiv zu verhalten.

Ebenso bildet nach Verfasser gleichzeitiges Vorkommen der akuten Blennorrhoea anterior und posterior eine Kontraindikation gegen die lokale Therapie.

Die interne Medikation der Blennorrhoe betrachtet Verfasser nur für ein malum necessarium zur Zeit, wo die Intensität der entzündlichen Erscheinung eine lokale Therapie nicht zuläſst. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Behandlung der Blennorrhoe durch ein spezifisches Antiserum, von John Rogers und John C. Torrey-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 11.) Unter Bezugnahme auf ihre früher Veröffentlichung — Bd. 46, Nr. 4 *Journ. americ. med. assoc.* — teilen die Verfasser mit, daſs sie das Serum von Schafen gewinnen, welche durch intraperitoneale Impfungen von Gonokokkenkulturen, die auf 65° C erhitzt waren, immunisiert wurden. Wirksam war die Anwendung des Serums bei Komplikationen der primären blennorrhoischen Urethralinfektion: Prostatitis, Epididymitis, Cystitis, als auch bei sekundären Erkrankungen: Arthritis, Iritis, Endocarditis, Pleuritis und Meningitis. Akute Urethritis, Vaginitis und Conjunctivitis wurden durch das Serum bemerkenswert nicht beeinfluſst. *Schourp-Danzig.*

Das Ichthyol bei der Blennorrhoe des Menschen, von Guiu y Guiterrez. (*Rev. Ibero-Americ. de cienc. méd.* 1907. Nr. 89.) Der Verfasser gibt die verschiedenen Anwendungsweisen (Injektionen, Instillationen, Ausspülungen) des Ichthyols in den verschiedenen Stadien der Blennorrhoe an. Bringt nichts Neues.

C. Müller-Nyon.

Das Zink-Ion bei der blennorrhoischen Infektion, von A. Bouchet. (*Presse méd.* 1907. Nr. 88.) B. empfiehlt bei Endometritis, besonders bei Endometritis blennorrhoica die Applikation des Zinks mittels der Anode des elektrischen Stromes. Er rühmt diesem Verfahren nach, daſs es ohne Schwierigkeit, nicht schmerzhaft, sehr schonend, unblutig und verhältnismäſsig rasch durchzuführen sei. Eine entsprechend armierte Uterussonde wird beschrieben. *Carl Schramm-Dortmund.*

Die Arhovintherapie in der Urologie, von A. Weiss-Wien. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1907. Nr. 84.) Berichtet über 20 mit Arhovin behandelte Blennorrhoefälle, die angeblich einen günstigeren Verlauf nehmen und die Überlegenheit des Arhovins über die Balsamica beweisen sollen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Beitrag zur Blennorrhoebehandlung mit Arhovin, von M. Weinberg-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 44.) Die Erfahrungen des Verfassers erstrecken sich auf die Behandlung von vier männlichen und drei weiblichen Blennorrhoekranken im akuten und chronischen Zustande (!). Er bezeichnet seine Erfolge mit dem Präparate bei innerlicher Darreichung und externer Anwendung in Form von 2—5 %igen Öllösungen als Injektionen oder als Vaginalkugeln und Urethralstäbchen als überraschend gut und rühmt das Nachlassen der Schmerzen bei völligem Fehlen unangenehmer Nebenerscheinungen. *Schourp-Danzig.*

Über interne Behandlung der Blennorhoe, von Paul Richter-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 45.) Verfasser hat bei über 80 Patienten das von der Fabrik „La Zyma" eingeführte Dialysat der Folia uvae ursi angewendet, die mit blennorrhoischer Cystitis behaftet waren, und zwar mit „überraschendem Erfolg" auf die Blasenentzündung; auf den Verlauf des blennorrhoischen Prozesses hatte das Dialysat keinen wesentlichen Einfluſs. Dagegen erzielte Verfasser wiederum „überraschende Resultate" auch in bezug auf das Verschwinden des Ausflusses und der Gonokokken im Sekret mit dem auf seinen Wunsch von derselben Fabrik hergestellten Dialysat des getrockneten amerikanischen Piper angustifolium („Matico" oder „Soldatenkraut"). Nur in zwei Fällen sah Verfasser vollkommenen Miſserfolg, während in über 50 die Resultate „glänzend" waren. Die Versuche werden jetzt mit einem ganz frisch hergestellten Dialysat fortgesetzt werden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Beiträge zum Studium der Balsamica im allgemeinen, der blennorrhoischen Infektion und des Santyls im speziellen, von Scarlat Ohl. (Inaug.-Dissertat. Jassy 1907.) Der Verfasser hat an der dermatologischen Klinik von Demetriade Versuche mit Santyl angestellt und lobt dessen gute Wirkung in den verschiedenen

Stadien der blennorrhoischen Infektion. Das Mittel wird gut vertragen, ruft keinerlei Reizung hervor und kann auch Kindern gegeben werden; ein neunjähriger Knabe nahm ohne Beschwerden bis zu 65 Tropfen pro Tag. Interessant ist es, dafs O. auch durch subcutane resp. intramuskuläre Injektionen von Santyl (in Ol. Olivar. 1:10) gute Erfolge bei antero-posteriorer Blennorrhoe und bei postblennorrhoischem Rheumatismus erzielen konnte. *E. Toff-Braila.*

Über einige neuere Antiblennorrhoica (Santyl, Blenal, Kawa-Kawin, Cystopurin), von M. Breuning und M. Lewitt-Berlin. (*Allg. med. Ztrl.-Ztg.* 1907. Nr. 17 und 18.) Resultat: Es ist schwer resp. unmöglich, dem einen der Mittel eine Überlegenheit über die anderen zuzusprechen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Das Santyl-Knoll in der Behandlung der Blennorrhoe, von G. Nicolescu. (*Rev. sanitara militara.* 1907. Nr. 3—4.) Der Verfasser, welcher Militärarzt ist, wendet bei akuter Blennorrhoe keine Lokalbehandlung an, bevor nicht die entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind. Die Dauer derselben wird aber erheblich abgekürzt, falls man den Kranken Santyl einnehmen läfst, so dafs also auch der Krankheitsprozefs im allgemeinen auf diese Weise eine erhebliche Verkürzung erfährt.

Des weiteren konnte er feststellen, dafs das Santyl in kurzer Zeit den Ausflufs versiegen macht, ohne aber die Krankheit vollkommen zu heilen, so dafs man sich hierdurch nicht verleiten lassen soll, den Kranken als geheilt zu betrachten, da kleine Exzesse in Baccho oder Venere genügen, um die Sekretion wieder auftreten zu lassen. Vielmehr mufs in genauer Weise auch lokal behandelt und den Patienten ein diätetisches Verhalten vorgeschrieben werden.

Das Santyl vermindert die Schmerzen beim Harnlassen und die schmerzhaften Erektionen, was eine Folge der von demselben ausgeübten entzündungswidrigen Wirkung ist. Es wird vom Verdauungstraktus gut vertragen, ruft kein Aufstofsen und kein Sodbrennen hervor, auch keine Nierenreizung oder Gefühl von Schwere im Rücken. *E. Toff-Braila.*

Über Santyl als Antiblennorrhoicum, von P. L. Bosellini. (*Gaz. d. Osped. e d. Clin.* Sept. 1907.) Zur Behandlung der Blennorrhoe eignet sich am besten eine kombinierte interne und lokale Therapie. Lassen starke Entzündungserscheinungen die sofortige Einleitung der örtlichen Behandlung nicht angezeigt erscheinen, so bedient man sich mit Vorteil des Santyls, um diese Symptome zu mildern. Auch bei schmerzhaften Injektionen wirkt das Präparat anästhesierend und verhütet zugleich das Übergreifen der Erkrankung in die Urethra posterior.

Bei chronischen blennorrhoischen Infektionen ist die Wirkung des Santyls weniger deutlich. Vor anderen Balsampräparaten besitzt das Mittel den Vorzug, dafs es vollkommen reizlos und geschmackfrei ist.

Über den Wert des Santyls in der Behandlung der Blennorrhoe, von Heinrich Kanitz-Kolosvar. (*Terap. Monatshefte.* 1907. Nr. 10.) Das Santyl ist ein Mittel, welches die blennorrhoische Entzündung der Harnwege unstreitig günstig beeinflufst. Es vermindert die Sekretion und sistiert oder hindert die manchmal quälenden subjektiven Symptome. Seine Wirkung ist diesbezüglich verläfslicher als diejenige der älteren Balsampräparate, vor welchen es noch den Vorzug hat, dafs es, weil fast geruch- und geschmacklos, sich leicht und auch in Tropfenform nehmen läfst, ohne jemals von Beschwerden seitens des Magens und Darmkanals oder der Nieren begleitet zu sein. Als ein eigentliches Heilmittel gegen den Tripper darf es aber ebensowenig betrachtet werden wie die bisher bekannten Balsamika, denn die Gonokokken abzutöten vermag es auch nicht, und deshalb ist es ebensowenig imstande, akute Blennorrhoen ohne Lokalbehandlung zu heilen wie die anderen Santalpräparate. Indiziert ist es bei perakuten Fällen der Urethritis acuta anterior und bei Fällen, wo Injek-

tionen nicht am Platze sind, sowie bei Komplikationen mit Epididymitis, Funiculitis, Prostatitis usw. Überall handelt es sich nur um ein unterstützendes Mittel neben der stets unentbehrlichen Lokalbehandlung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

. **Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Gonosans**, von Alexander Sarcany-Craiova. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1905. Nr. 1.) Verfasser erzielte auffallend günstige Resultate mit Gonosan, welches er als ein ideales Antiblennorrhoikum von zuverlässiger, niemals ausbleibender unübertroffener Wirkung bezeichnet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Untersuchungen über den Heilwert des Gonosans bei der Behandlung der Blennorrhoe, von M. Nigout-Paris. (*Mediz. Neuigkeiten.* 1907. Nr. 3.) Verfasser empfiehlt die lokale Behandlung der Blennorrhoe mit interner Darreichung von Gonosan zu unterstützen: der Tripper verläuft dann milder, die Dauer wird kürzer, Komplikationen treten seltener auf. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über Gonosan, von Piorkowski-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 44.) Schindler und Siebert haben vor kurzer Zeit nach mehreren bakteriologischen Versuchen festgestellt, dafs dem Gonosan eine baktericide Kraft nicht zukomme. Verfasser hat nun diese Versuche wiederholt und ist zu demselben Resultate gekommen. Dann hat er aber diese Versuche ergänzt und Variationen sowohl in temporärer, wie in quantitativer Beziehung vorgenommen und konnte auf diese Weise die Möglichkeit einer Gonokokkenabtötung durch Gonosan unter günstigen Bedingungen mit Sicherheit feststellen. Die Ergebnisse waren verschieden je nach der Art und dem Alter der verwendeten Kulturen, den Quantitäten des Gonosanharns, der Komposition der Nährböden, zeigten aber, dafs eine gewisse baktericide Wirkung dem Gonosan zweifellos zuzuschreiben ist. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Physiologie der menschlichen Behaarung, von H. Friedenthal. (Sitzungsber. d. Ges. naturforschender Freunde. 1907. Nr. 1.) Trotz aller Verschiedenheiten in der Behaarung läfst ein genauer Vergleich der Behaarung der Anthropoiden mit der Behaarung des Menschen die grundlegende Ähnlichkeit der menschlichen Terminalbehaarung mit der Gesamtbehaarung der Anthropoiden scharf hervortreten. Die Unterschiede der Behaarung können die Einordnung des Menschen in die Ordnung Primates, Unterordnung Anthropomorphae, nicht aufheben, die durch die vergleichende Blutuntersuchung geboten erscheint. So lauten die Schlufsworte der interessanten kleinen Abhandlung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Schuppenstellung der menschlichen Haare, von Stöhr. (*Anat. Anz.*, Ergänzungsheft zum 30. Bd., 1907.) Nach Max Weber sollen die Säugetiere ursprünglich ein Schuppenkleid besessen haben, denn er fand, dafs bei schuppentragenden Säugetieren die Haare in Gruppen hinter oder zwischen den Schuppen standen. Wenn man nun alternierende Haargruppen auch an unbeschuppten Säugetieren fand, so durfte man annehmen, dafs auch diese in früherer Zeit Schuppen besessen hätten. Verfasser sah nun an dem durch Maceration vom Nacken eines viermonatlichen menschlichen Embryos losgelösten Epidermisstück Haargruppen in fast schematischer Weise in alternierender Reihe, die uns in den Stand setzen, einen aus zwei Lagen von Schuppen bestehenden Panzer zu rekonstruieren. Es fanden sich immer abwechselnd Gruppen von Dreier- und Fünferhaaren, und wenn man sich die durch Bogenlinien verbunden denkt, so erhält man mühelos die Rekonstruktion eines Schuppenkleides. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Haarpigment nebst Versuchen über das Chorioidealpigment, von Eduard Spiegler-Wien. (*Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol.* Bd. X. Heft 7/8.)

Bis jetzt ist eine vollkommen exakte Lösung des chemischen Aufbaues des Pigmentes nicht erreicht worden. Ein Zusammenhang mit Blutfarbstoff ist für das Haarpigment und für das Augenpigment positiv ausgeschlossen. Beide Pigmente geben nicht die Hämopyrrolreaktion. Bei bei Aufspaltung des Pigmentes findet man die Acetongruppe, vermutlich aus kondensierten Acetonresten stammend, in verschiedenen Kondensationsstufen. Als Muttersubstanz des Pigments erweisen sich Tryptophan und Aceton. Möglicherweise beteiligen sich an der Pigmentbildung auch die anderen aromatischen Gruppen des Eiweifses, Phenylalanin und Tynosin. Das Pigment aus melanotischen Lebern ist vom Haarpigment verschieden. *Schourp-Danzig.*

Über Pigmentbildung durch Licht und Röntgenstrahlen, sowie über Vitiligo, von Ehrmann-Wien. (Verhandl. der deutsch. dermatolog. Gesellsch., IX. Kongrefs.) An den Stellen, wo die pigmentbildenden Zellen fehlen oder zugrunde gegangen sind, sind Sonnen- und Röntgenlicht nicht imstande, eine Pigmentierung zu erzeugen oder zu steigern. Bei der Pityriasis versicolor ist die gelockerte, von Pilzen durchsetzte Epidermis ein hinreichendes Deckmittel, um die Lichtstrahlen von den pigmentbildenden Zellen, soweit sie von den Rasen gedeckt sind, abzuhalten, so dafs diese nicht zur Pigmentbildung gebracht werden.

Bei Vitiligokranken sind meist Anomalien des Magendarmkanals, Lebererkrankungen und versteckte Tumoren vorhanden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Weitere Beobachtungen über Lichtpigment, von A. Buschke und Paul Mulzer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 49.) Bei Vitiligo liefs sich in mehreren Fällen durch Bestrahlung mit der Quarzlampe im vitiliginösen Gebiet Pigment erzielen, welches in ziemlich regelmäfsig angeordneten Punkten entstand. Verfasser stellten nun Untersuchungen an normaler Haut an, auch hier zeigten sich nach Bestrahlung analoge Pigmentflecken, die sich allmählich etwas vergröfserten, histologisch ergab sich ein vollkommen analoges Bild wie bei der Vitiligo. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Frage nach der Hautelektrizität, von E. Harnack-Halle. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 19.) Dieser Artikel soll nicht eigentlich neue Beobachtungen bringen, sondern eine Abwehr gegen die zum Teil unbegründete Kritik, welche Verfassers erste Publikationen erfahren haben, darstellen. Was die Originalität seiner Beobachtungen betrifft, so weist Verfasser darauf hin, dafs die Pfaffschen Publikationen vor 90 Jahren erschienen, total in Vergessenheit geraten waren und erst nach Ausführung dieser neueren Versuche von ihm (H.) wieder aufgestöbert worden sind. Eine definitive Erklärung für die als Hautelektrizität zu bezeichnende Erscheinung will er auch heute noch nicht abgeben. Dagegen wiederholt er aber, dafs an der Tatsache nicht zu zweifeln ist, dafs die Haut des menschlichen Körpers eine oft sehr erhebliche elektrische Spannung aufweist, wie man am Elektrometer, an Glühbirnen usw. unverkennbar nachweisen kann. Der elektrische Zustand der Haut variiert auch an verschiedenen Körperteilen und gemäfs verschiedenen anderen Faktoren, Feuchtigkeitsverhältnissen der Oberfläche, Füllung des Magens, Muskeltätigkeit u. a., und es ist dies Variieren nicht nur dem Grade, sondern auch der Art (positiv, negativ) nach und auch individuell verschieden. Man hat dabei sowohl mit statisch elektrischen, als auch mit galvanischen und magnetischen Äufserungen zu tun, wahrscheinlich auch mit der Aussendung besonderer eigenartiger Strahlen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mikroskopische Technik.

Über eine neue Art von Fasern im Bindegewebe und in der Blutgefäfswand, von Hermann Dürck-München. (*Virchows Arch. f. path. Anat. usw.* 189. Bd.)

Gelegentlich der Untersuchung von peripherischen Nerven mit der von WEIGERT angegebenen Methode zur Darstellung von Markscheiden beobachtete D. im Bindegewebe schwarzblau gefärbte Fasern, welche gradlinig verliefen und sich durch ihre starre, schweinsborstenähnliche Beschaffenheit auszeichneten. Diese Fasern fanden sich auch in den Querschnitten von mittleren und gröfseren Arterien und Venen, welche nach derselben Methode gefärbt waren. Und zwar verlaufen sie in den Arterien von der Elastica interna radiär durch die Media und treten mit deren elastischen Fasern in Verbindung. Durch diese Fasern erscheint die Gesamtheit der elastischen Elemente der Gefäfswand als ein zusammenhängendes Netzwerk, und die BONNETsche Anschauung, dafs die Elastica interna wie die externa zur Tunica media der Gefäfswand gerechnet werden müssen, erfährt eine Stütze. *Schourp-Danzig.*

Eine neue Fibrintinktionsmethode, von S. SCHUENINOFF - St. Petersburg. (*Centralbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat.* Bd. XIX. Nr. 1.) Zur Färbung des Fibrins verwendet SCH. das zur Färbung der Axencylinder bestimmte Hämatoxylin MALLORY, nur mit dem Unterschiede, dafs die Phosphormolybdänsäure mit Phosphorwolframsäure vertauscht ist; das Verfahren geht folgendermafsen vor sich:

1. Die Schnitte werden auf 15—24 Stunden in Wasserstoffsuperoxyd gelegt.
2. Hämatoxylin — 12—20 Minuten.
3. Wasser oder Beseitigung des Farbenüberschusses mit Löschpapier.
4. 5—10 % Phosphorwolframsäure — 20 Minuten bis 24 Stunden.
5. Wasser.
6. 95 % Alk. abs. Xylol- oder Origanumlösung.
7. Kanadabalsam.

Das Fibrin wird tiefblau gefärbt. Die roten Blutkörperchen bleiben hellblau oder bei stärkerer Entfärbung rosa. Die Zellkerne färben sich dunkelviolett, das Plasma blafsviolett. Das Bindegewebe bleibt entweder ungefärbt oder leicht bläulich. Das Horngewebe färbt sich dunkelblau, die glatte Muskulatur blafsrosa oder blau.

Schourp-Danzig.

Die Färbung der elastischen Fasern mit dem von WEIGERT angegebenen Farbstoff, von KARL HART - Schöneberg - Berlin. (*Centralbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat.* Bd. XIX. Nr. 1.) Dem zur Differenzierung der Karminfärbung dienenden Salzsäurealkohol setzt H. zu 100 ccm 5 ccm der nach WEIGERTS Vorschrift angefertigten Farblösung (Fuchselin) zu und läfst die Schnitte über Nacht darin stehen. Nach reichlicher Spülung mit 90 %igem Alkohol werden die Schnitte wasserfrei gemacht und über Xylol in Kanadabalsam eingebettet. Die elastischen Fasern sind bis in ihre feinsten Ästchen vorzüglich gefärbt und zwar elektiv.

Die Vorzüge der Methode sind: Vereinfachung der Doppelfärbung (Lithionkarmin-Fuchselin), Möglichkeit, eine grofse Anzahl aufgeklebter Paraffinschnitte gleichzeitig zu färben, und die Möglichkeit, durch einen entsprechend geringeren oder höheren Zusatz des Fuchselins zum Salzsäurealkohol die Elastinfärbung einfacher und exakter zu nuancieren. *Schourp-Danzig.*

Zur Frage der Entstehung RUSSELscher Körperchen in Plasmazellen. (UNNAs hyaline Degeneration der Plasmazellen), von ERICH FABIAN - Zürich. (*Centralbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat.* Bd. 18. Nr. 17.) FABIANS Untersuchungen in einem Falle von chronischer Proktitis und bei Magencarcinom und Magenpolypen ergaben, dafs die Plasmazellen als die Hauptbildungsstätte der RUSSELschen Körperchen anzusehen sind. Er traf niemals RUSSELsche Körperchen ohne Plasmazellen an; bei der chronischen Proktitis lagen die RUSSELschen Körperchen rings von Plasmazellen eingeschlossen, ohne Bindegewebszellen, ohne polynukleäre eosinophile, ohne Mastzellen in der Nähe zu haben. Die Zellen, in welchen die hyalinen Kugeln sich bilden,

liefsen zuweilen noch alle Merkmale der Plasmazellen erkennen: exzentrischen Radkern, basophiles (vakuoläres) Protoplasma, zuweilen Andeutung eines circumnukleären hellen Hofes, zwei Kerne. — Die von UNNA beschriebenen säulen-, prismen-, würfel- und schalenförmigen Gebilde konnte F. in keinem seiner Fälle wahrnehmen. Ob die Entstehung der hyalinen Körperchen einheitlich, ob sie mit der hyalinen Degeneration der Plasmazellen UNNAS identisch ist, bedarf weiterer Untersuchungen.

Schourp-Danzig.

Einige Bemerkungen über die Anaplasie der Geschwulstzellen, von v. HANSEMANN. (*Zeitschr. f. Krebsforschung.* 5. Bd. 3. Heft.) v. H. betont gegenüber einer andersartigen Anwendung des von ihm geschaffenen Wortes Anaplasie von seiten FERD. BLUMENTALS die von ihm dem Worte gegebene Bedeutung. Er bezeichnet damit die Kombination zweier Eigenschaften maligner Geschwülste, die gröfsere selbständige Existenzfähigkeit und den Verlust ihrer Spezifität.

Arthur Schucht-Danzig.

Bakteriologie.

Zur Färbung der Leprabazillen in dünnen Gewebsschnitten, von JOHANNES FICK-Wien. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 27.) F. empfiehlt warm die Anwendung der RUSSELschen Karbolfuchsin-Jodgrünmethode zur Darstellung der Leprabazillen: Konz. Lösung von Fuchsin in 2%igem Karbolwasser 20—25 Minuten, Abspülen in Wasser, Abspülen mit Alkohol, 95—98%ig, ¼ Minute, 1%ige Lösung von Jodgrün in 2%igem Karbolwasser zwei Minuten, Alkohol abs. (98%) bis der Schnitt eine exquisit lichtgrüne Färbung hat, Xylol, Balsam. Besonders schöne Bilder erhält man, wenn man vorher den Schnitt mit der WEIGERTschen Resorcinfuchsinlösung für elastische Fasern behandelt. Das Resultat ist: Bazillen rot, Kerne grün, Kollagen farblos oder grau, elastische Fasern schwarz. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die nach ZIEHL nicht darstellbaren Formen des Tuberkelbacillus, von HANS MUCH. (Vortrag, gehalten in der biolog. Abteilung des Ärztl. Vereins, Hamburg, am 28. Jan. 1908.) Schon in einer früheren Arbeit über die granuläre, nach ZIEHL nicht darstellbare Form des Tuberkulosevirus beschäftigte sich M. mit der Frage des plötzlichen Verschwindens und Wiederauftauchens der Tuberkelbazillen im Sputum von Lungenschwindsüchtigen. Auch in der bazillenfreien Zeit fallen Infektionsversuche mit dem Sputum positiv aus. Diese Tatsache ist in Deutschland noch wenig beachtet worden, während man in anderen Ländern diesem Phänomen schon seit Jahren näher getreten ist, ja, man hält hier verschiedentlich die Behauptung aufrecht, die Tuberkulose würde überhaupt gar nicht durch den KOCHschen Tuberkelbacillus, sondern durch einen ganz anderen Erreger hervorgerufen, der KOCHsche Bacillus sei nur ein ganz harmloser Saprophyt, der in dem einen Fall vorkomme und im anderen fehle. Über diesen Punkt hat Verfasser schon früher gröfsere Versuchsreihen angestellt und in obiger ersten Arbeit veröffentlicht. Jetzt hat er in einer neuen Arbeit unabhängig von v. BEHRING die Antwort auf die Frage gefunden. Die Frage lautete: Gibt es aufser der nach ZIEHL färbbaren Form des KOCHschen Tuberkelbacillus noch ein anderes, bisher noch nicht bekanntes Entwicklungsstadium dieses Erregers, wo er sich nicht nach ZIEHL färbt und doch virulent ist? Die Antwort fand MUCH, als er neben der Färbung nach ZIEHL konsequent die Graufärbung anwandte und konnte sie ungefähr so zusammenfassen: Es gibt zwei Formen des Tuberkelvirus, die sich nicht nach ZIEHL färben lassen: 1. eine Stäbchenform, die teilweise granuliert ist, 2. eine Körnchenform, wo die Körner unregelmäfsig in Häufchen zusammen oder einzeln liegen (granuläre Form). Letztere ist virulent. Und endlich gibt es Übergänge von

der nur nach Gram färbbaren Granulaform zu der auch nur nach Gram färbbaren Stäbchenform und zu der nach beiden Methoden färbbaren Körnchen und Stäbchen.

M.s Untersuchungen gehen auf die nicht nach Ziehl darstellbaren Formen, besonders auf die granuläre. Die Untersuchung war folgende: Bei einem mit rindvirulenten Tuberkelbazillen infizierten Kinde fand sich eine miliare Tuberkulose der Lungen. Die Lungen waren mit grauen Tuberkeln übersät. In 150 Ausstrichpräparaten war kein säurefester Tuberkelbacillus zu finden; die Färbung nach Ziehl war negativ, bei Anwendung der Gramfärbung zeigte sich, während anfangs nichts zu sehen war, nach zweimal 24stündiger Färbung folgendes Bild: Viele Tuberkeln sind übersät mit feinen Stäbchen, die oft innerhalb von Zellen liegen, in anderen Tuberkeln finden sich daneben feine Granula, die teilweise in Stäbchenform, teilweise zu zweien oder ganz unregelmäfsig zusammen oder einzeln liegen. Endlich finden sich aber Tuberkel, wo nur die Körnchenformen gefunden werden. Die damaligen Schlüsse des Verfassers nach seinen ersten Versuchen lauteten: 1. Kohlepartikelchen fanden sich bei den mit Hämatoxylin gefärbten Präparaten nicht; 2. die Granula entfärbten sich nach einiger Zeit wieder, ein Schicksal, dem alle sich nach der Grammethode färbenden Gebilde anheimfallen; 3. Farbstoffniederschläge waren nicht vorhanden; 4. die Granula finden sich nur in den Tuberkeln; 5. aus den Lungenpartien werden Reinkulturen von Tuberkelbazillen gezüchtet.

Ähnliche Befunde zeigten sich bei tuberkulösen Schafen und Schweinen sowie in kalten Abscessen von Menschen. Die schönsten Bilder boten sich bei einem punktierten tuberkulösen Nierenabscefs; nach Ziehl war nichts nachzuweisen, nach Gram jedoch waren Häufchen von Granula sichtbar. In Bouillon entwickelten sich Häufchen von feinen, nach Ziehl färbbaren Tuberkelbazillen nach zwei Tagen.

Was nun die Frage der Virulenz dieser nicht säurefesten Granula betrifft, so waren an und für sich schon die Infektionsversuche beweisend genug; die mit dem Stoffe infizierten Meerschweine gingen an Tuberkulose zugrunde, und in ihren Organen waren wieder säurefeste Bazillen nachweisbar. — M. machte nun noch weitere Versuche zur Klärung der Frage über die Existenz beider Formen und die gegenseitige Abhängigkeit der säurefesten und nicht festen Bazillen.

Er säte in Perhydrosemilch, also eine tuberkulose-immunisierte Milch, eine Rindertuberkulosekultur ein. Bald waren in der Milch die nach Ziehl und die nach Gram färbbaren Bazillen nachweisbar. Nach längerem Stehen bei 37° verschwand aber die nach Ziehl färbbare Bazillenform, während die nach Gram färbbaren Granula sichtbar blieben. Ein zu der Zeit mit der Milch geimpftes Meerschwein starb an Tuberkulose mit positivem Befund von nach Ziehl färbbaren Bazillen. Zu einem Teil der Milch wurden 2% Glyzerin zugefügt, und nach einiger Zeit erschienen auch darin wieder nach Ziehl färbbare Bazillen. Durch diese Versuche ist bewiesen: 1. der Übergang der einen Form in die andere, 2. die Virulenz der granulären, nach Ziehl nicht färbbaren Form. Eine weitere Versuchsreihe zeigt, dafs zwei vom Menschen stammende Stämme von Tuberkelbazillen in ihrem färberischen Verhalten nicht angegriffen wurden.

Es ist schon öfter darauf hingewiesen, dafs bei Anwesenheit von Streptokokken die Tuberkelbazillen nicht existieren können. Verfasser benutzte daher einen vom Menschen stammenden Streptokokkeneiter, den er nach dem etwas modifizierten Perhydroseverfahren behandelte. Dadurch erreichte er, dafs die Streptokokkenkeime abgetötet wurden, ohne dafs er seine genuinen Eigenschaften verlor. In diesem Eiter verschwanden von den darein gesäten Tuberkelbazillen die säurefesten Formen, die nach Gram darstellbaren Granula blieben sichtbar. Infektionen an Meerschweinchen gelangen. Später verschwanden auch die Granula aus dem Eiter. Jedenfalls ist durch

die Versuche die Existenz und die Virulenz der granulären Form und deren Zusammenhang mit den anderen Formen des Tuberkulosevirus auch für den vom Menschen stammenden Tuberkelbacillus bewiesen. Zum Schlusse weist Verfasser noch auf einige sehr interessante Arbeiten von Lutz, Unna und deren Schüler hin, die mit seinen Untersuchungen in gewissem Zusammenhange stehen. Unna hat seinerzeit schon vielfach mit der Grammethode gearbeitet. Eine von ihm modifizierte Methode hat M. selbst unbewufst benutzt.

Unna verglich bei Lepra- und Tuberkelbazillen die Färbung nach Ziehl und die von ihm modifizierten Gramfärbungen. Er gelangte dabei zu dem Schlusse, dafs jeder säurefeste Tuberkelbacillus sich bei Anwendung bestimmter Grammethoden in einzelne Körner zerlegen lasse, also als eine Körnerreihe auftrete. Verfasser kann hier darauf nicht weiter eingehen. „Diese interessanten Arbeiten," sagt Verfasser „von denen ich Einzelheiten teilweise bei meinen Arbeiten als gelegentlichen Befund ebenfalls bestätigen konnte, sind seinerzeit leider wenig beachtet worden. Auch mir waren sie nicht bekannt. Ich mufs sagen, dafs ich sehr froh gewesen wäre, wenn sie mir bekannt gewesen wären; ich hätte mir alsdann eine lange Zeit des Suchens sparen können. Andrerseits bedeuten meine Untersuchungen aber gegenüber denen von Unna etwas absolut Neues. Erstens allein schon durch die Fragestellung, dann aber durch den Nachweis der Existenz einer Form, die überhaupt nicht nach Ziehl darstellbar ist, und durch den geführten Beweis der Virulenz dieser Form."

Die Versuche M.s erstrecken sich fast alle auf tuberkulöse Organveränderungen, die unter der Einwirkung des vom Rinde stammenden Tuberkelbacillus entstanden waren. Dieser Bazillus neigt besonders zur Bildung der granulären Form. Im Zusammenhang damit stehen die Beobachtungen von Deycke, der zeigte, dafs es in der Türkei eine Form menschlicher Tuberkulose gibt, die im Rahmen der Perlsucht des Rindes auftritt. Bei dieser Form findet man ebenfalls wenig oder gar keine säurefesten Stäbchen in den Perlknoten des Menschen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Gonococcus und Meningococcus, von J. Milhit und L. Tanon-Paris. (*La presse méd.* 1908. Nr. 5.) Die Verfasser wollen auf Grund eines persönlichen und einiger aus der Literatur geschöpfter Fälle nichts weniger als die Identität zwischen Meningokokken und Gonokokken nachweisen. Diese schon von Fürbringer und Pinto ausgesprochene Idee dürfte wohl noch weitere Bestätigung erfahren müssen, um sich allgemeiner Anerkennung zu erfreuen, doch wollen wir in folgendem in Kürze die Beschreibung des betreffenden Falles wiedergeben.

Ein 21jähriger Mann erkrankte an einer akuten Blennorrhoe, welche während drei Wochen in normaler Weise verlief. Plötzlich hörte der Ausflufs auf und gleichzeitig stellten sich Erscheinungen einer akuten Poliomyelitis anterior ein. Unter der eingeleiteten Behandlung besserten sich die Erscheinungen von seiten des Rückenmarks, und als die Heilung eine vollständige war, erschien wieder der blennorrhoische Ausflufs. Die vorgenommenen Lumbalpunktionen hatten gezeigt, dafs Meningokokken damals in der cerebrospinalen Flüssigkeit aufgetreten waren, als die Gonokokken aus dem Harne verschwunden waren. Als die ersteren verschwanden, traten letztere wieder auf. Es sind dies Vorgänge, welche grofse Analogie mit dem Auftreten und Verschwinden des blennorrhoischen Rheumatismus aufweisen. Ferner ist durch mehrfache Untersuchungen erwiesen, dafs im Laufe eines akuten Trippers das Rückenmark und dessen Hüllen sehr oft Zeichen von intensiver Reizung aufweisen. Diese und andere ähnliche Reizungen seröser Häute dürften auf die deletäre Einwirkung der Gonokokkentoxine zurückzuführen sein und auf ähnliche Weise wäre auch der in Rede stehende Konnex zwischen Gonokokken und Meningokokken zu erklären. Die Reizung durch die Gonokokkentoxine bereitet das Feld vor, die Gonokokken lokalisieren sich dann in

den Meningen, erscheinen aber hier nicht mehr unter ihrer ursprünglichen Form, sondern unter derjenigen der Meningokokken. Meningokokken und Gonokokken wären also nur zwei verschiedene Erscheinungen desselben Mikroben: des Gonokokkus.

E. Toff-Braila.

Zur Frage über die Kultur des Ducrey-Unnaschen Streptobacillus, von Bogrow und Marzynowsky. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1907. Nr. 17.) Die Verfasser gedenken zunächst der Literatur und speziell der in Rußland erschienenen Arbeiten über den Mikroorganismus des weichen Schanker. (Erlaube mir dieser Übersicht noch den von mir über diese Frage in der *St. Petersburger med. Wochenschr.* 1896, Nr. 1, abgedruckten kleinen Beitrag beizufügen. Anmerk. des Ref.) Weiter berichten die Verfasser über ihre eigenen, teilweise mit Dr. Sundelswitsch angestellten Kulturversuche, welche vor allem den Zweck verfolgten, die bequemste Kultivierungsmethode ausfindig zu machen. Nach verschiedenen Versuchen fanden sie, daſs als am leichtesten herzustellender Nährboden Agar, welcher mit wenigen Tropfen Blut, gewonnen aus der Fingerbeere, beschickt worden ist, anzusehen sein dürfte. Zu achten ist nur, daſs das Blut auch in das Kondenswasser gelangt. Als Impfmaterial benutzten die Verfasser überimpfte Pusteln, bevor sie aufbrachen, aber auch aus primären weichen Schankern der Geschlechtsteile gelang es leicht, Kulturen herzustellen, wenn sie vorher mit Sublimat (1 ‰) und Äther gereinigt worden waren. Nach 24—48 Stunden erhielten sie Kolonien von kleinen weiſsen Pünktchen, die Streptokokkenkolonien ähneln, und mikroskopisch aus kurzen Ketten von drei bis fünf Gliedern oder häufiger aus Häufchen bestehen.

Arthur Jordan-Moskau.

Über die systematisierten Lokalisationen der Spirochaeta pallida, von Hallopeau und Gastou. (Daix Frères & Thiron. Clermont [Oise]. 1907.) Die syphilitischen Effloreszenzen und damit die Syphiliserreger sind häufig nicht ordnungslos verteilt, sondern bevorzugen ganz bestimmte Organe oder Körperregionen. Diese systematisierten Lokalisationen machen die Autoren zum Gegenstand ihrer Studie. Die Bevorzugung eines bestimmten Organes erklären sie damit, daſs dieses einen besonders guten Nährboden für die Spirochäten bietet. Die symmetrischen Lokalisationen werden teils auf die gleiche Weise erklärt, daſs ein symmetrisch angelegtes Organ einen ganz besonders günstigen Nährboden für die Spirochäten bietet, oder durch Reflexwirkung. Ferner gibt es symmetrische Lokalisationen im Verlauf der Ausbreitung eines Nerven. Dann solche durch Inokulationen, und zwar auf dem Lymphwege (Intrainokulationen) oder durch eigentliche Inokulation von auſsen beim Vorhandensein von kleinen Läsionen der Haut in der Nachbarschaft frischer Syphiliseffloreszenzen. Auch durch andere Mikroorganismen können die Spirochäten verbreitet werden; durch banale, aber auch durch spezifische, wie den Tuberkelbacillus, den supponierten Bazillen der Seborrhoe und Psosiaris.

Bekannt ist die Reizwirkung des Tabakrauchens auf das Entstehen von Leukoplasien an der Zunge. Endlich ist in manchen Fällen eine fehlende Behandlung als Ursache der Ausbreitung in bestimmten Gegenden (Palmarsyphilide) anzusprechen.

Bei der kongenitalen Syphilis findet sich eine diffuse vaskuläre oder glanduläre Ausbreitung der Spirochäten. Bei der Syphilis hereditaria praecox hat man das Befallensein der Hand- und Fuſssohlen, der Nasenhöhlen, Stirnhöcker.

Arthur Schucht-Danzig.

Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida im Gewebe, nebst einigen Bemerkungen über Spirochätenfärbung und die Kernfärbung mit Silber imprägnierter Präparate, von Sh. Dohi-Tokio. (*Centralbl. f. Bakter. usw.* 1907. Heft 3.) Verfasser hält die alte Methode von Levaditi zur Spirochätefärbung für diejenige, welche die schönsten und sichersten Resultate liefert (Pyrogallussäure in ganz frischer

Lösung nach vorhergehender Behandlung in einer Silberlösung); das Verfahren hat nur den einen Nachteil, daſs es eine lange Zeit erfordert, bis das Präparat fertiggestellt ist. Was das Ergebnis seiner Untersuchungen anbelangt, so stimmen diese mit denen der meisten anderen Autoren überein. Die Parasiten liegen meist extrazellulär, sehr selten intrazellulär. Prädilektionsstelle der Parasiten ist die Umgebung kleinerer oder gröſserer Blutgefässe und Lymphbahnen. Auch im Lumen der Gefäſse wurden, wenn auch selten, Spirochäten gefunden, etwas häufiger im Inhalte von Pemphigusblasen. Aus dem Umstande, daſs er den körnigen Zerfall einer groſsen Menge von Spirochäten in Leber, Milz, Nieren konstatieren konnte, schlieſst er, daſs die Parasiten hauptsächlich in den genannten Organen zugrunde gehen. Die Menge der vorgefundenen Parasiten geht nicht immer parallel mit der Intensität der Veränderungen. Die Ansicht von SALING, wonach die „Silberspirochäten" weiter nichts sein sollen als Nervenfibrillen oder andere Gewebsbestandteile, hält er auf Grund seiner Untersuchungen für unrichtig. *C. Müller-Nyon.*

Das Verhalten der Spirochaeta pallida (SCHAUDINN) bei der Giemsafärbung, von J. SCHERESCHEWSKY-Moskau. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 45. Heft 1.) SCH. weist auf zwei wichtige Nebenumstände bei der Färbung der Spirochaeta pallida hin: 1. bedarf es zur intensiven Färbung derselben einer möglichsten Isolierung und 2. verliert die Giemsalösung ihre Färbekraft, sobald sie in Fällung begriffen ist. Ersterer Forderung kann man durch einen ideal dünnen Ausstrich genügen und bezüglich der zweiten weist SCH. auf den Einfluſs der Wärme und von Glyzerinzusatz hin. Er empfiehlt daher folgende vereinfachte Technik: ein dünn bestrichener Objektträger wird noch feucht auf einige Sekunden in eine Osmiumröhre gebracht, an der Luft getrocknet, dreimal durch die Flamme gezogen und auf die FORNETsche Färbebank gelegt. In sauberem Reagenzglase werden 10 ccm 0,5%ige Glyzerinlösung mit 13 Tropfen alter Giemsalösung (Tropfflasche!) bis zum Sieden erhitzt und sogleich — wenn keine Fällung vorhanden — über den Ausstrich gegossen. Nach zwei bis drei Minuten gieſst man die Farblösung ab und sieht nach, ob der Austrich genügend gefärbt ist; nötigenfalls muſs man diese Färbung zwei- bis dreimal wiederholen. Mit Immersion und Okular 4 (LEITZ) sieht man dann in einem kurz abgespülten und zwischen Flieſspapier getrockneten Präparate die denkbar intensiven „Spirochaeta pallida", die hierbei aber nicht mehr diesen Beinamen verdienen.

Stern-München.

Meine neueren Erfahrungen über den praktischen Wert der SCHAUDINNschen Spirochäte, von S. RÓNA. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 34.) Der frühe Nachweis der Spirochaeta pallida ist von eminent praktischer Bedeutung (22 Fälle). Bemerkenswert ist, daſs R. im Ulcus mixtum nie beide Parasitenarten gleichzeitig, sondern immer nur entweder Streptobazillen oder Spirochäten fand.

Arthur Schucht-Danzig.

Eine vitale Färbung der Spirochaeta pallida, von M. MANDELBAUM-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 46.) Die Spirochaeta pallida in vivo sehr rasch zu färben, ohne daſs dabei ihre natürliche Form irgendwie verändert oder zerstört wird, gelingt nach M. auf folgende Weise: Man bringt das zu untersuchende Material — Reizserum von einem Primäraffekt oder von einer nässenden Papel — in Form eines hängenden Tropfens auf ein Deckgläschen; mit der Platinnadel wird LÖFFLERS Methylenblau zugesetzt und Farbstoff und Untersuchungsmaterial vermengt; dann wird eine Öse $^1/_{10}$ Normalnatronlaugenlösung zu dem Ganzen zugefügt. Untersucht man nun mit Ölimmension und Okular 4 (ZEISS) den Rand des hängenden Tropfens, so sieht man die Pallida als zartes, feines, blaſsblau gefärbtes Gebilde mit engen, unmittelbar aneinander gereihten Windungen, die nach beiden Enden zu immer

niedriger werden und in einer feinen Spitze endigen. Sehr schön ist dabei die Spiralform der Spirochäten zu sehen. Die Umschlagstellen der Windungen imponieren bei oberflächlicher Betrachtung als Körnungen. Die Gebilde, die HERXHEIMER als feine Körner im Protoplasma des Spirochätenleibes beschrieben hat, scheinen nichts anderes zu sein, als diese Umschlagstellen. Im gefärbten fixierten Präparate, in dem die Spirochäte mit ihren Windungen in einer Ebene sich befindet, liegt an den Umschlagstellen der Windungen der Spirochätenleib natürlich doppelt, die Stellen erscheinen daher dunkler gefärbt und imponieren als Körner. Wird die Färbung unmittelbar nach der Entnahme des Materials ausgeführt, so kann man am Präparat längere Zeit — bis zu 24 Stunden lang — die Eigenbewegungen der bereits gefärbten Spirochäten beobachten. Mit Wachs umrandet bleibt das Präparat wochenlang unverändert. *Götz-München.*

Über die Färbungsmethoden der Spirochaeta pallida zu diagnostischen Zwecken, von H. EHRLICH und J. T. LENARTOWICZ - Przemysl. (*Przeglad lek.* 1908. Nr. 8.) Verfasser versuchten die Spirochaeta pallida mit einer Reihe von bekannten Färbemitteln zu färben, und die erzielten Resultate beweisen, daſs die allgemein gültige Überzeugung von der geringen Tinktionsfähigkeit der Spirochaeta pallida nicht gerechtfertigt ist. Mit mehreren Färbemitteln wurden nach kurzer Zeit Bilder erhalten, die den nach GIEMSA gefärbten gar nicht nachstehen.

Die Präparate werden teils über der Flamme, teils in absolutem Alkohol während 10—15 Minuten, teils in einer Formalin-Alkoholmischung (1:100) während einer Minute fixiert.

Als besonders geeignet erweisen sich folgende Färbemittel:

1. LÖFFLERS Methylenblau. Bereits nach 15—20 Minuten langer Färbung und nach Abwaschen des Präparates mit destilliertem Wasser wurden die Bilder ganz deutlich: die Blutkörper waren grünlich-gelb, die Spirochaeta pallida blaſsblau.

Noch deutlicher waren die Bilder, und zwar schon nach 5—10 Minuten, bei Anwendung von im Karbolwasser gelösten Methylenblau nach der Formel:

Methylenblau	1,5 g
Absoluter Alkohol	10,0 g
5%iges Karbolwasser	100,0 g.

2. Fuchsin nach ZIEHLS Vorschrift. Die Färbung darf nicht länger als ½ bis 1½ Minute dauern; die Spirochaeta pallida färbt sich dunkelrot und hebt sich deutlich von dem rosa gefärbten Hintergrunde ab.

3. Gentianaviolett nach OPPENHEIM-SACHS (in Karbollösung), HERXHEIMER (gesättigte Alkohollösung) und GONDER-HOFFMANN (Anilinlösung). In den mit Anilinwassergentianaviolett gefärbten Präparaten werden die Spirochäten schon nach fünf Minuten genügend deutlich gefärbt.

4. Thionin, nach folgender Formel:

Gesättigte Thioninlösung in 50%igem Alkohol	10 g
1%iges Karbolwasser	100 g.

5. Dahlia, nach folgender Formel:

Dahlia	1 g
Absoluter Alkohol	10 g
5%iges Karbolwasser	100 g.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Hygiene.

Die Geschlechtskrankheiten vom sozialhygienischen Standpunkte, von S. Ehrmann. (*Wien. klin. Rundschau.* 1907. Nr. 42.) Die Geschlechtskrankheiten bedrohen die Schaffenskraft des Individuums, überantworten einen Teil der von ihnen Befallenen frühzeitig dem Siechtum, legen den Familien, Gemeinden und dem Staate eine große Versorgungslast auf; durch sie wird die Bevölkerungszunahme bedroht, da ein großer Teil der Totgeburten auf ihre Rechnung kommt. Ein Teil der degenerierten Menschen stammt von geschlechtskranken Eltern ab. Gegen die Geschlechtskrankheiten ankämpfen bedeutet, den geistigen und wirtschaftlichen Aufschwung zu fördern und für das Wohl der zukünftigen Geschlechter zu arbeiten.

Schourp-Danzig.

Über die soziale Bedeutung der venerischen Krankheiten und ihre Bekämpfung, von Jacob Mandl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 45—49 einschließlich.) In großen Zügen schildert M. das Wesen der venerischen Krankheiten, die Art und Weise der Ansteckung, ihre enorme Verbreitung und ihre ernsten Folgen für Leben und Gesundheit des Erkrankten und dessen Nachkommenschaft sowie auch für die Gesellschaft, um dann schließlich noch über die Prophylaxe und Abwehr derselben nach dem heutigen Stande der Wissenschaft zu sprechen. Der Staat muß hier wie jeder einzelne wetteifernd helfen, um die Volksgesundheit zu verbessern, jeder einzelne muß es sich zur Pflicht machen, von der rationellen Prophylaxe nicht nur in seinem eigenen, sondern auch im Interesse der Allgemeinheit Gebrauch zu machen, denn nur so wird es möglich sein, die Zahl der Geschlechtskrankheiten auf ein möglichst niedriges Maß zu reduzieren. Hoffentlich wird das Heilserum der Syphilis bald gefunden werden, die Möglichkeit einer Schutzimpfung muß jedenfalls zugestanden werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Mitwirkung des praktischen Arztes bei der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im Rahmen der neuen Seuchengesetze, von M. Kirchner-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1907. Nr. 19.) Das neue Reichsseuchengesetz schreibt unter anderem die Anzeigepflicht der Seuchenfälle (Pocken und anderer) nicht erst dann vor, wenn sie mit Sicherheit festgestellt sind, sondern schon, wenn sie den Verdacht der übertragbaren Krankheit erwecken. — Besonders rechnen die neuen Gesetze auf die Mitwirkung der Ärzte bei der Durchführung einiger für die Bekämpfung der Seuchen wichtiger Schutzmaßregeln — in erster Linie der Schutzimpfung bei Pocken. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bericht des von der k. k. Gesellschaft der Ärzte gewählten Komitees zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 51.) Die auf Anraten von Mraček und Riehl eingesetzte Kommission zum Studium der Frage, in welcher Weise der weiteren Ausbreitung der venerischen Krankheiten am erfolgreichsten entgegengetreten werden könne, legt der Gesellschaft der Ärzte in Wien den Bericht vor und macht die nötigen Vorschläge. Der ausführliche Bericht muß im Original nachgelesen werden, da er zum Referat zu lang erscheinen dürfte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Prostitution, von Miller-Stadtsteinich. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1907. Nr. 12.) Artikel enthält ein zusammenfassendes Referat über den derzeitigen Stand der Prostitutionsfrage. Alle diesbezüglichen aktuellen Fragen kommen zur Besprechung.

Carl Schramm-Dortmund.

Sanitätspolizeiliche Kontrolle der Prostitution in einer Anzahl deutscher Städte, von Frederik Bierhof-New York. (*New York med. Journ.* 17. August bis 7. Sept. 1907.) B. bespricht in eingehender Weise die sanitätspolizeilichen Maßnahmen,

welche in den gröfsten Städten Deutschlands (Berlin, Hamburg, Leipzig, München, Dresden, Nürnberg) gegen die Prostitution und deren Gefahren getroffen sind. Er fand das in Dresden ausgebildete Prinzip, wonach Polizeiarzt und Spitalsleitungen Hand in Hand arbeiten, eine eigene Zwangskrankenkasse für die Prostituierten besteht u. a. m., als das weitaus beste, im allgemeinen aber unter den gegenwärtigen Bedingungen die sanitäre Kontrolle der Prostitution eine mangelhafte. Sie wird es auch so lange bleiben, bis nicht durch ganz Deutschland das gleiche System der Kontrolle — gleicherweise für alle Städte, kleineren Orte und Landdistrikte — durchgeführt, die regelmäfsigen Untersuchungen von ausgebildeten Spezialisten ausgeführt und die Behandlungsmethoden in den Krankenhäusern auf dem neuesten Stand der Wissenschaft gegründet sind. Eine weitere grofse Schwierigkeit liegt in der grofsen Verbreitung, welche die geheime Prostitution in Deutschland aufweist; zum Teile wäre dieser Schwierigkeit dadurch beizukommen, dafs eben gesetzlich auch jede geheim Prostituierte (Kellnerin usw.) zur Anzeige bei der Polizei verpflichtet wäre und entsprechende Änderungen der Gesetze erfolgen sollten. Mit Recht hebt B. zum Schlusse hervor, wie verkehrt die Bestrebungen der Abolitionisten, der Frauenrechtlerinnen und anderer ähnlicher Vereinigungen seien, um die polizeiliche Überwachung der Prostitution aufzuheben, anstatt sie zu verbessern oder zu verschärfen. Dank dem Entgegenkommen der betreffenden Behörden ist B. in der Lage, wörtlich die in den verschiedenen obengenannten Städten geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Ausdruck zu bringen. *Stern-München.*

Venerische Gefahr und Prostitution, von Romain D. L. Bosredou. (*Thèse de Bordeaux*., 1906. Nr. 92.) *Fritz Loeb-München.*

Die „Hospitalisation" Venerischer. Betrachtungen vom prophylaktischen, sanitären und moralischen Standpunkt, von P. P. Magne. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 3.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Prostitution in Lille und die Prophylaxe der Syphilis durch Reglementierung der Prostitution, von Maurice J. D. Descamps. (*Thèse de Lille.* 1906. Nr. 41.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten und die Sittenpolizei. Abolitionistische Theorien. 1. Vom historischen, 2. vom juristischen Standpunkt, von P. Lévêque. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 62.) *Fritz Loeb-München.*

Über die venerischen Krankheiten in den Kolonien. Ihre Prophylaxe in der französischen Kolonialarmee, von Ernest J. F. Pichon. (*Thèse de Bordeaux.* 1905/06. Nr. 23.) *Fritz Loeb-München.*

Gesetzliche Eheverbote für Kranke und Minderwertige, von M. Markuse-Berlin. (*Soz. Med. u. Hyg.* Bd. II, Heft 2 und 3.) Die Frage von der Berechtigung des Staates zu gesetzlichen Eingriffen in das persönliche freie Verfügungsrecht des einzelnen bei der Eheschliefsung, abgesehen noch von den schon bestehenden, im Bürgerlichen Gesetzbuch genehmigten Bestimmungen, ist eine sehr diffizile. Auf der einen Seite sieht der Arzt (man möchte sagen: täglich) Fälle, bei denen erbliche Krankheiten, Geistesstörungen, Tuberkulose, Syphilis, ferner Blennorrhoe und Alkoholismus in der ganzen Familie ihre unheilvolle Wirkung ausüben derart, dafs man geradezu nach Gesetzen schreien möchte, um das Entstehen solcher Zustände, wenn irgend möglich, zu verhindern. Andererseits sieht man, wie Verfasser auch an Beispielen erläutert, auch eine Regenerierung dekatenter Familien durch Eingehen einer Ehe mit einem neuen gesunden Stamme. Vor allen Dingen ist aber ein Schutz gegen die Ausbreitung venerischer Erkrankungen beim Eheschliefsen anzustreben und wohl am ehesten zu ermöglichen. M. schlägt als Ausweg vor, es solle ein Gesundheitsattest der Eheschliefsenden ebenso gesetzmäfsig gefordert werden wie die Geburts-

urkunde und andere Ausweise; wenn aber die Ehekandidaten die Ehe eingehen wollen, auch trotzdem der eine Teil, oder beide, notorisch gesundheitlich defekt ist, so soll ihnen auch hierzu die Möglichkeit gegeben sein.

Ein Versuch, tatsächlich ein Eheverbot für Kranke zu instituieren, ist, wie Verfasser berichtet, in Ferek im Kaukasus schon gemacht worden, indessen mit den nachteiligsten Folgen. Ferner soll im Staate Michigan neben den Geisteskranken auch den Geschlechtsleidenden gesetzlich die Ehe verweigert sein. Beschränkte Anlaufe in dieser Richtung werden aus Rumänien und aus Frankreich berichtet. Dafs ein gesetzliches Untersagen der Ehe für alle mit einer dauernden oder übertragbaren Krankheit oder der Disposition dazu behafteten Menschen, d. h. denjenigen, welche durch das Zeugnis Arztes als solche bezeichnet werden, die ganze heutige Gesellschaft zerrütten würde, leuchtet jedem denkenden Arzte ohne weiteres ein, und man wird den Ausführungen M.s über die Konsequenzen einer derartigen Gesetzgebung (illegitimer Geschlechtsverkehr ohne Grenze bei den als krank stigmatisierten Individuen, diagnostische Schwierigkeiten für den Arzt, Verminderung der Bevölkerung im allgemeinen usw.) durchaus beipflichten. Absolut unverständlich ist dem Referenten der Verfasser, wenn er schreibt, dafs die Einehe um den Preis der Wahrhaftigkeit und Gerechtigkeit erzwungen sei, und er fortfährt: „Ich brauche an dieser Stelle nicht die zum Himmel schreienden Mifsstände aufzuzählen, die sich im naturnotwendigen Gefolge der vom Staate gewaltsam durchgesetzten Monogamie eingestellt haben, und unter denen wir alle leiden.“ Und ferner: „Das gesetzliche Verbot der Polygamie hat, wenn nicht als einzige, so doch als allerhauptsächlichste Ursache die Folge (im Original gesperrt gedruckt), dafs die Ehe nur einen ganz kleinen Bruchteil des Geschlechtslebens bildet, und dafs der Staat neben der relativ geringen Zahl legaler Einehen eine unerhörte Masse illegaler polygamer Verhältnisse dulden mufs.“ Ist etwa der Mohammedanismus oder das Mormonentum das Ideal? *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Bedeutung der Haut und ihrer Pflege, von Hans Lungwitz-Cöln a. Rh. (*Med. Woche.* 1907. Nr. 39.) Die Epoche der Hautpflege zählt erst wenig Jahrzehnte, sagt der Verfasser. (Soviel ich weifs, pflegten die alten Ägypter, Griechen, Römer usw. sehr ihre Haut und ihren Körper. D. Ref.) Auch jetzt liegt die Pflege der normalen Haut noch sehr im argen, und die Zeit, in der jedermann jeden Tag sein Bad nehmen kann, steht noch immer im Zeichen der frühesten Morgenröte, es mag nicht allzu viele Menschen unter uns geben, die sich z. B. täglich die Füfse waschen. (Schade! D. Ref.) Was zur Hautpflege nötig ist, ist vor allem Wasser, Licht, Luft. Jeder Gesunde soll täglich seine Ganzwaschung mit kaltem Wasser, am besten sein Bad mit nachfolgender kühler Dusche nehmen, wer Zeit hat, bade täglich in Luft und Sonne. Beim Bade unterlasse man nie, die Haut zur Anregung der Durchblutung, des Stoffwechsels energisch zu frottieren und massieren. Empfehlenswert ist die Sesanseife. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über die diagnostische Bedeutung der Haut- und Ophthalmoreaktion des Tuberkulins, von Predtetschenski. (*Praktitscheski Wratsch.* 1908. Nr. 1 und 2.) An einer gröfseren Anzahl von Kranken der propädeutischen Klinik zu Moskau, im ganzen 110 Fällen verschiedener Art hat Verfasser die Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet und nach Calmette geprüft. Er überzeugte sich zunächst, dafs bei der Reaktion die Konzentration eine grofse Rolle spielt, denn bei stärkerer Konzentration gelingt es bei 50 % der klinisch nicht tuberkulösen Kranken eine positive Reaktion zu erzielen. Es ist daher wichtig, dafs alle Autoren sich ein und derselben Konzen-

tration bedienen. Bei einer Konzentration von 8 % Tuberkulin Koch oder Tuberkulin test mit zehn Tropfen Wasser für die Ophthalmoreaktion resp. halb so starken Lösungen für die cutane Reaktion können beide sehr wertvolle diagnostische Fingerzeige geben. Das Ausbleiben der Reaktion spricht mit grofser Wahrscheinlichkeit gegen Tuberkulose, wogegen ein positiver Ausfall auf das Vorhandensein eines in der Entwicklung befindlichen tuberkulösen Prozesses oder eines alten, abgelaufenen, tuberkulösen Prozesses hindeutet. Von den beiden Reaktionen zieht Verfasser die cutane vor, da die Ophthalmoreaktion, trotz ihrer gröfseren Bequemlichkeit und Einfachheit, einige Mängel hat. (Unausführbarkeit bei Vorhandensein irgendeiner Augenaffektion, gelegentliches Auftreten unangenehmer Zufälle durch die Reaktion [Keratitis ulcerosa, Iridocyclitis], geringere Zuverlässigkeit.) *Arthur Jordan-Moskau.*

Neuere Fortschritte in der Diagnostik der Infektionskrankheiten, von A. Wassermann-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1907. Nr. 19.) Verfasser bespricht in einer leicht verständlichen Weise die neueren Fortschritte in der Serodiagnostik der Infektionskrankheiten und die von ihm in Gemeinschaft mit Bruck und A. Neisser ausgearbeitete, bereits allgemein bekannte Serodiagnostik der Syphilis.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Beitrag zum Studium der Prädisposition und der Empfänglichkeit, von Lucibelli. (*Giorn. internaz. d. scienze med.* 1907. Nr. 21.) Der Verfasser zieht aus seinen Experimenten den Schlufs, dafs es sich bei der Prädisposition und der Empfänglichkeit Krankheiten gegenüber um einen organischen Defekt in der Fähigkeit Alexine und Antitoxine zu bilden, handelt. Es scheint, dafs im Organismus von Tieren, welche künstlich empfänglich gemacht wurden (durch Verbrennungen), toxische Substanzen entstehen, welche das Auftreten von Infektionen begünstigen oder sich zu solchen gesellen und ihre Virulenz vermehren. Eine spezifische Rezeptivität und Prädisposition scheint nicht vorzukommen, soviel aus den genannten Experimenten hervorgeht. Das Blut der empfänglich gemachten Tiere erleidet bedeutende Veränderungen, was den Gehalt an Leukocyten, die Alkaleszenz usw. anbelangt; bei der Diagnose können diese Tatsachen von Wert sein, eine absolute charakteristische Bedeutung kommt ihnen aber nicht zu. *C. Müller-Nyon.*

Zur Frage über den Zustand der Schmerzempfindlichkeit der Haut bei inneren Organerkrankungen, von B. J. Wilamowski-Petersburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 39.) W. untersuchte den Zustand der peripherischen Schmerzempfindlichkeit bei Erkrankungen tieferliegender Teile, bei akuten und chronischen Fällen. Es gehören hierher Störungen der Atmungsorgane, des Blutkreislaufes, der Verdauung, der Harnabsonderung und die Gelenkentzündungen. Dabei fand sich, dafs auf den Hautstellen, auf welchen man bei inneren Erkrankungen gewöhnlich eine Steigerung der Sensibilität beobachtet, im Gegenteil auch eine Verminderung derselben wahrgenommen wird. Diese Analgesie erscheint offenbar als Äquivalent der Hyperalgesie, da sie auf denselben Stellen und bei gleichen Erkrankungen vorkommt; zuweilen an einem und demselben Kranken kann man während verschiedener Perioden bald eine Hyperalgesie, bald eine Analgesie wahrnehmen. Infolgedessen behauptet Verfasser, dafs gleichartig wie die Hyperalgesien auch die Analgesien reflektorischen Ursprungs vorkommen können. Ferner beobachtete W. auch eine andere Erscheinung, auf die schon Faber hingewiesen hat, nämlich die Entstehung der Hauthyperalgesie längs der Spinalauswüchse der Wirbel (Spinalhyperästhesie).

Bernhard Schulze-Kiel.

Hyperalgesien der Haut in ihrer Bedeutung für die Gynäkologie, von P. Alsberg-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 45.) Das von Head in sehr sinnreicher Weise aufgestellte und verfochtene System eines Zusammenhanges zwischen

bestimmten Organerkrankungen und einer Sensibilitätsstörung an der einem bestimmten Nervengebiet der Haut entsprechenden Hautregion hat in Deutschland teils Bestätigung, teils Anfechtung erfahren. A. bei 200 Fällen in der LANDAUschen Frauenklinik eingehende Prüfungen der Hautsensibilität angestellt (Pinsel, Nadel, Bleistift, Kneifen, Erheben von Hautfalten), aber nur bei 17 Fällen überempfindliche Hautzonen konstatiert; von diesen sind noch zehn auszuscheiden, da es sich dabei um unzweifelhaft hysterische Individuen handelte. Bei den anderen fanden sich bei gynäkologischen Läsionen verschiedener Art Zonen von mehr oder weniger deutlicher Überempfindlichkeit im Bereiche der Genitalsphäre am Unterleibe. Eine bestimmte diagnostische Bedeutung will A. dieser Erscheinung nicht zuschreiben, erkennt sie aber immerhin als einen interessanten Nebenbefund an. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Abgrenzung zonaler Sensibilitätsstörungen, von WERNER SCHOLZ. (Inaug.-Dissert. Berlin 1907.) Auf diese auch den Dermatologen interessierende Arbeit kann an dieser Stelle nur hingewiesen werden. *Fritz Loeb-München.*

Über Herabsetzung der Hautsensibilität bei Kindern mit Tonsilla tertia, von RASCHEL SCHERMANN. (Inaug.-Dissert. Bern 1907.) Kinder mit gewucherten adenoiden Vegetationen zeigen eine entschieden herabgesetzte Hautsensibilität, was wohl auf eine Ermüdung der geistigen Sphäre zurückzuführen ist.

Fritz Loeb-München.

Über Gewebssterilisation und Gewebsreaktion bei FINSENs Lichtbehandlung, von JANSEN. (*Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.* 1907. Bd. 41, S. 279.) I. Zur Klärung der Frage, ob eine Gewebssterilisation durch Finsenlicht stattfindet, wie von NAGELSCHMIDT auf Grund einiger Versuche behauptet, von KLINGMÜLLER und HALBERSTÄDTER bei Nachprüfung jedoch bestritten wurde, stellte J. folgende Versuche an:

1. Die Nachprüfung der NAGELSCHMIDTschen Versuche ergab in keinem von drei Versuchen Sterilisation der Gewebe, wohl aber konnte er Schwächung der Virulenz der Tuberkelbazillen konstatieren.

2. Belichtung tuberkulöser Lymphdrüsenscheiben mit nachfolgender Impfung auf Meerschweinchen. Der Vorteil dieser Methode liegt in der genauen Nachahmung der natürlichen Verhältnisse, da die Tuberkelbazillen innerhalb des Gewebes liegen und die Dicke der Scheiben sich variieren läfst. Das Resultat hiervon war: Tuberkulöses Gewebe läfst sich durch Licht sterilisieren, und zwar absolut bis zu einer Tiefe von 0,15 mm, teilweise bis zu einer Tiefe von 0,5 mm. Diese Werte sind so klein, dafs der Gewebssterilisation keine wesentliche Bedeutung bei der Behandlung des Lupus vulgaris zuzusprechen ist, wo der Krankheitsherd wenigstens in einer Tiefe von 1, häufig von 3 mm unter der Oberfläche liegt.

Durch Belichtung von Kaninchencorneae weist J. dann nach, dafs das Licht tierische Zellen, selbst wenn sie an ihrem Platz im Organismus sind, direkt abzutöten imstande sind, und zwar Zellschichten bis 0,5 mm Dicke. Er glaubt daher, dafs die direkte Zelltötung in der Lichtbehandlung eine gewisse Rolle spielt. Es scheinen Bindegewebszellen widerstandsfähiger und die Intercellularsubstanz (Kollagen, Knorpel) gar nicht zu beeinflussen zu sein.

Die vom Licht getöteten Zellen bieten keine charakteristischen Absterbephänomene, speziell enthalten sie kein Fett; in den Fällen, wo sie in oder auf einem gefäfshaltigen Gewebe sitzen, enthalten sie häufig Vakuolen. Diese sind doch sicherlich dem die Lichtentzündung begleitenden Ödem zuzuschreiben.

II. Bezüglich der Gewebsreaktion fafst J. die Resultate seiner Versuche so zusammen:

1. Die Lichtbehandlung ruft in allen gefäfshaltigen Geweben — gleichviel ob

sie normal oder pathologisch sind — eine heftig serös-hämorrhagische Entzündung hervor; besonders hervortretend ist eine sehr bedeutende arterielle Fluxion und Gefäßerweiterung, Thrombosierung der oberflächlichsten Gefäße sowie ein starkes Ödem des Gewebes. Die Entzündung endet mit einer außerordentlich lebhaften, zum Teil hypertrophierenden Bindegewebsbildung.

Das Ödem sprengt die pathologischen Zellelemente auseinander und erhöht im Verein mit der Thrombosierung die direkt vom Licht hervorgerufene Zellnekrose. — Die Gefäßerweiterung und die Extravasation ist einer direkten Einwirkung auf das Endothel und die Muskulatur der Gefäßwände zuzuschreiben.

2. Die lebhafte Bindegewebsbildung geht von den in der Tiefe und in der Peripherie der belichteten Partie vorhandenen, unbeschädigten Bindegewebszellen aus. Sie läßt sich bis zu einer Tiefe von 3 mm verspüren. Sie scheint nicht direkt vom Licht (als Reiz) hervorgerufen zu sein, sondern ist eine einfache Entzündungsreaktion.

3. In Anbetracht aller dieser Verhältnisse ist es wahrscheinlich, daß die FINSEN-Behandlung nicht als eine ausschließliche Desinfektionsbehandlung, sondern eher als eine Ätzform aufzufassen ist; nur mit dem großen Unterschied vor den meisten anderen Ätzungen, daß sie elektiver auf die pathologischen Zellen und schonend auf die Stützsubstanz wirkt, und daß sie einen außerordentlich lebhaften Heilungsprozeß hervorruft.

Außerdem haben die Versuche gezeigt:

Daß die Kompression (wie sie bei der FINSEN-Behandlung gewöhnlich gebraucht wird) die Tiefenwirkung des Lichtes vergrößert und

daß die beschriebenen histologischen Veränderungen, besonders die destruktiven, so gut wie ausschließlich den ultravioletten Strahlen zuzuschreiben sind. Die blauen Lichtstrahlen besitzen im Vergleich zu den ultravioletten nur eine geringe Einwirkung und die roten, gelben, grünen allein erzeugen überhaupt keine nachweisbaren histologischen Veränderungen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über den Einfluß der X-Strahlen auf die Entwicklung der cutanen Neubildungen, von GEORGES L. HÉLIE. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 245.) Verfasser liefert eine gründliche Besprechung der Titelfrage und führt eine Reihe von Beobachtungen an. Außerdem macht ein umfangreiches Literaturverzeichnis die Arbeit erwähnenswert. Neues bringt sie nicht. *Fritz Loeb-München.*

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der BIERschen Stauung auf den Entzündungsvorgang, von FRANZ HONIGMANN und JEAN SCHÄFFER-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 36.) Die Verfasser haben sich die Aufgabe gestellt, den Einfluß der gebräuchlichsten Behandlungsmethoden auf einen künstlich erzeugten Entzündungsvorgang beim Tier zu untersuchen; die Ergebnisse der Experimente werden ausführlich in einer Monographie veröffentlicht, die bei Enke erscheinen wird. An dieser Stelle teilen die Verfasser das Wesentlichste über die Wirkung der BIERschen Stauung im Experiment mit.

Die Methode, die angewandt wurde, um den Effekt der Behandlung am Tiere zu studieren, ist von SCHÄFFER ausgearbeitet; sie besteht darin, daß Fäden, die mit bestimmten chemischen Lösungen (z. B. Argentum nitricum) oder Bakterienaufschwemmungen (Staphylokokken) imprägniert sind, nach einer bestimmten Methode an symmetrischen Stellen eines Versuchstieres unter die Haut eingeführt werden und dann die eine Seite in der gewünschten Weise behandelt wird, während die andere, unbehandelte Seite zum Vergleich und zur Kontrolle dient. Behandlung mit Stauungsbinde ließ bei vielfach modifizierter Veruchsanordnung — Anlegung der Binde bald oder längere Zeit nach Einführung der Fäden, kürzere oder längere, schwächere oder stärkere, unausgesetzte oder unterbrochene Stauung — einige regelmäßig wieder-

kehrende, konstante Befunde erkennen; die entzündlichen Prozesse wurden, gleichvie] ob sie chemischen oder bakteriologischen Ursprungs waren, stets in der gleichen Weise beeinflufst.

Neben der frühzeitig auftretenden venösen Hyperämie, aber nicht immer in direkter Abhängigkeit von ihr, war stets eine deutliche Lymphstauung festzustellen, und gerade die Veränderungen am Lymphgefäfsapparat scheinen den mafsgebenden Faktor für die physiologische Wirkung der Stauung zu bilden. Das Infiltrat um die Reizstelle wird sowohl quantitativ als auch qualitativ durch die Stauung verändert. Auf der gestauten Seite sind die Leukocyten nicht nur an Zahl sehr viel geringer, sondern auch zum Teil degeneriert und anders verteilt. Während nämlich die Venen von normalen Leukocyten dicht erfüllt und stark umscheidet sind, nimmt die Zahl der Leukocyten in der Umgebung der Venen rasch ab, und die Umgebung der Reizfäden selbst ist so gut wie frei von entzündlichem Infiltrat. Dabei weisen die Eiterkörperchen, die nicht in oder unmittelbar an den Venen liegen, schon nach einer Stauung von wenigen Stunden deutliche Degenerationserscheinungen auf; diese Leukocytendegeneration steht in unmittelbarer Abhängigkeit vom Stauungsödem. Bei absichtlich übertriebener Stauung wird diese Wirkung der Behandlung nicht erhöht, sondern im Gegenteil geringer. Die unter der Stauung einmal eingeleiteten Vorgänge bleiben auch nach dem Lösen der Binde längere Zeit bestehen, die Stauung hat also eine ausgesprochene Nachwirkung. Durch die Stauung wird ferner nicht nur die weitere Ausbreitung eines schon bestehenden Infiltrates gehemmt, sondern auch die umschriebene Eiterung verteilt und bei reichlich zuströmender Lymphe und unter Degeneration der Leukocyten zur Resorption gebracht. Dieser Effekt ist um so gröfser, je früher die Behandlung einsetzt. Bei Versuchen mit Staphylokokkenseidenfäden gestalten sich die Vorgänge trotz der geschilderten Befunde hinsichtlich der Leukocyten auf der gestauten Seite günstiger als auf der unbehandelten, die Kokken werden in ihrer Entwicklung gehemmt und verbreiten sich weniger weit im Gewebe. Es scheinen demzufolge bei der Bekämpfung der bakteriellen Erkrankung Blut und Lymphe wirksamer zu sein als die Leukocytose, wie sie auf der unbehandelten Seite gefunden wird. Die gröfste Bedeutung, eine gröfsere noch als der Hyperämie, kommt wohl der Anwesenheit reichlicher Lymphmengen zu. Die Leukocytendegeneration ist vielleicht insofern von Bedeutung, als durch die Autolyse der Leukocyten das Freiwerden proteolytischer Elemente gefördert und damit ein Heilfaktor geschaffen wird.

Götz-München.

Über einen Befund von Knochengewebe in der Kopfhaut beim Menschen, von Josef Schaffer-Wien. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. Pathol. Anat.* Bd. 18, Nr. 18,) Ein talergrofses Hautstück von der Scheitelgegend eines gesunden jungen Mannes mit kräftigem Haarwuchs war durch einen Säbelhieb glatt abgekappt worden und gelangte 20 Minuten nach seiner Abtrennung lebensfrisch zur Fixierung in Zenkers Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine inselförmige Einlagerung von Knochengewebe ins Corium, welche durch die Zenkersche Flüssigkeit entkalkt war, in der Länge von 1,58 mm und 0,8 mm Breite. Die Umgebung der Einlagerung war normal ohne irgendeine Spur von abgelaufenem Entzündungsvorgang und ohne sonstigen destruktiven oder proliferativen Prozefs.

Solche Knochenbildungen sind in Herz- und Gefäfsklappen, Gefäfswänden, Schleimhäuten, Lymphknoten, Muskeln usw. beschrieben worden.

Möglicherweise ist in dem hier beschriebenen Falle die erste Kalkablagerung auf eine atheromatös veränderte Talgdrüse zurückzuführen. *Schourp-Danzig.*

Zur Frage der Entstehung von Infiltraten an den Einspritzungsstellen von Hydrargyrum salicylicum, von Sowinski. (*Russki Wratsch.* 1907. Nr. 42.)

Die auf Grund genauer chemischer und bakteriologischer Untersuchungen erhobenen Schlußfolgerungen des Verfassers lauten:

1. Das mit dem salicylsauren Hg verbundene Paraffinöl ist immer steril.

2. Das salicylsaure Hg geht in der Verbindung mit Paraffinöl, selbst bei längerem Stehen (1½ Jahre) keine Zersetzung in Hg-Oxyd und Salicylsäure ein.

3. Das Paraffinöl bietet einen ungünstigen Nährboden für den Staphylococcus aureus, wie für die Bazilli tenuis, enteritidis et pyocyaneus.

4. Das Quecksilber geht in der Emulsion nicht in das Öl über.

5. Die salicylsaure Hg-Emulsion besitzt energische bakterientötende Eigenschaften.

6. Die Entwicklung von Infiltraten an den Stellen der Einspritzung von salicylsaurem Hg hängt, wie es scheint, hauptsächlich von einer Reaktion seitens der Gewebe ab, welche sowohl durch allgemeine, im Organismus gelegene Veränderungen als auch durch lokale Ursachen hervorgerufen werden kann. Nicht ausgeschlossen ist freilich die gemeinsame Wirkung beider Bedingungen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zur Kenntnis der angeborenen Fisteln der Unterlippe, von Franz Unterberger-Königsberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 1.) Bericht über zwei Fälle von Lippenfisteln aus der Lexerschen Klinik. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Lues, Tabes und Paralyse in ihren ätiologischen und therapeutischen Beziehungen zum Lecithin, von Georg Peritz-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 2.) Die Stoffwechseluntersuchungen des Verfassers ergeben, daß bei einem Tabiker und einem Taboparalytiker die Lecithinausscheidung im Kot über die Norm erhöht gewesen ist, daß ferner bei einem Tabiker und einer Tabischen durch intramuskuläre Lecithininjektionen eine erhebliche Verminderung der Lecithinausscheidung herbeigeführt wurde und durch Lecithininjektionen wenigstens bisher bei einem Tabiker das Schwinden der vermeintlichen „Antitoxine" herbeigeführt wurde. — Diese Tatsachen in Verbindung mit der Beobachtung Wassermanns, daß im Reagenzglase eine Bindung von Lecithin mit Luesantitoxin stattfindet, sprechen dafür, daß auch im Körper eine solche Synthese sich vollzieht. Aber nicht diese Verbindung kann als das Gift für das Nervensystem, welches die Tabes oder Paralyse hervorruft, betrachtet werden. Dagegen zeugen des Verfassers therapeutische Erfolge mittels Lecithininjektionen. Wahrscheinlicher ist es, daß die Verarmung an Lecithin die Schädigung des Zentralnervensystems herbeiführt, die man Tabes oder Paralyse nennt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Verschiedenes.

Über chronische Proctitis, von Agnes Minski. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1908.) Die Arbeit behandelt auch die Beziehungen der Syphilis und der Blennorrhoe zu der chronischen Proctitis und zu den Strikturen des Mastdarms und sei deshalb an dieser Stelle erwähnt. Außer der Kasuistik bietet sie sonst nichts neues.

Fritz Loeb-München.

Über die Stellung, welche dem Studium der Dermatologie und Syphiligraphie im medizinischen Unterrichte zukommt, Eröffnungsvorlesung von Prof. de Amicis. (*Giorn. internaz. d. scienze med.* 1908. Nr. 3.) Der Vortragende hebt die Wichtigkeit dieser Branche des medizinischen Studiums hervor, wegen der zahllosen Beziehungen der Hautkrankheiten mit den anderen Gebieten der Medizin, d. h. der Haut mit den anderen Organen. Ferner weist er auf die Weitläufigkeit des Spezialfaches hin und zergliedert es in seine Unterabteilungen. *C. Müller-Nyon.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. №. 9. 1. Mai 1908.

Aus dem Institute der vergleichenden Anatomie (Prof. Dr. HOYER jun.) in Krakau.

Das Verhalten der Spirochaeta pallida in syphilitischen Effloreszenzen und die experimentelle Syphilis.

Von

Dr. FR. KRZYSZTALOWICZ, Professor der Dermatologie in Krakau, und Dr. M. SIEDLECKI, Professor der Zoologie in Krakau.

Mit einer Abbildung im Text.

Beständig werden Arbeiten über die Ätiologie der Syphilis und über die Spirochaeta pallida veröffentlicht, welche den anfangs allgemein mit Mifstrauen aufgenommenen Parasiten immer genauer beschreiben. Die Entdecker selbst haben sich in ihrer ersten Arbeit mit grofser Reserve darüber ausgedrückt, indem sie sagen: „so liegt es uns heute noch fern, schon jetzt ein abschliefsendes Urteil über die ätiologische Bedeutung dieses bisher nicht gekannten Kleinlebewesens abzugeben“. Seit dieser Zeit haben die Arbeiten von Forschern verschiedener Länder und Nationen immer deutlicher auf die ätiologische Bedeutung der Spirochaeta pallida hingewiesen, so dafs jetzt aufser wenigen Stimmen (THESING, SCHULTZE, SALING) niemand mehr irgend welche Einwürfe in dieser Richtung macht und alle der Entdeckung des Kulturverfahrens dieses Mikroben warten. Es ist leicht anzunehmen, dafs wir noch lange warten müssen, ehe sich dieses letzte Postulat erfüllt. Auch für viele andere Mikroben (Spirillen im allgemeinen, Trypanosomen, Blutparasiten) die als ätiologischer Faktor für viele Krankheiten anerkannt worden sind, ist diese Forderung gestellt, aber bis jetzt noch kein Kulturverfahren ermittelt worden. Der Beweis der ätiologischen Bedeutung der Spirochaeta pallida bei Syphilis liegt zurzeit nach NEISSER in dem Nachweise der Konstanz ihres Vorkommens bei allem, was zur Syphilis gehört und in dem Nachweis ihres ausschliefslichen Vorkommens nur bei Syphilis — und dieser Beweis ist nach ihm allerdings schon genügend erbracht.

Es soll also mit Nachdruck erwähnt werden, dafs man die Spirochaeta pallida in allen syphilitischen Manifestationen, welche in der Haut, Schleimhaut und den inneren Organen in allen Krankheitsperioden zum Vorschein kommen, gefunden hat. Die Untersuchungen verschiedener Autoren befassen sich mit einer verschiedenen Zahl von Fällen, in denen das prozentige Verhältnis der positiven Resultate sehr verschieden war. Am zahlreichsten sind ganz natürlich die positiven Befunde in den Initialsklerosen, nicht nur der Genitalorgane, sondern auch vieler extragenitaler Schanker. In den sekundären Exanthemen wurden auch Spirochäten gefunden, am zahlreichsten in breiten Kondylomen, etwas spärlicher in syphilitischen Flecken, Papeln, vesikulösen und pustulösen Eruptionen. Diese Untersuchung wird jetzt zu diagnostischen Zwecken benutzt. Einer von uns (K.) hat in einigen zweifelhaften Fällen auf Grund des positiven Ergebnisses die Diagnose auf Syphilis bestätigt. Fügt man noch die Fälle hinzu, in welchen die Spirochaeta pallida im Blute und in den Lymphdrüsen von Syphilitischen, bei hereditärer Syphilis und in tertiären Effloreszenzen gefunden wurden, so kann man die Konstanz des Nachweises dieses Parasiten in allen syphilitischen Manifestationen bestätigen. Als indirekter Beweis dienen noch die negativen Resultate bei Untersuchungen auf Spirochaeta pallida in verschiedenen nicht syphilitischen Krankheiten der Genitalorgane und verschiedenen Hautkrankheiten.

Unser Material, welches wir untersucht haben, bezieht sich auf über 150 Fälle von syphilitischen Manifestationen: Initialsklerosen, sekundären Eruptionen in verschiedener Form, tertiären Effloreszenzen und Organe eines totgeborenen Kindes einer syphilitischen Mutter. Diesen gegenüber standen Fälle von nicht-syphilitischen Krankheiten, wie Ulcus molle, Balanitis, Condyloma accuminatum, tuberkulöse Geschwüre, nicht-syphilitische Erosionen und Exulzerationen der Schleimhäute, — in welchen Spirochaeta pallida niemals gefunden wurde. Auf Grund dieser mannigfachen Untersuchungen können wir die Resultate anderer Autoren bestätigen, dafs man nämlich in syphilitischen Effloreszenzen mit mehr oder weniger grofser Leichtigkeit Spirochaeta pallida findet.

Die Zahl der gefundenen Spirochäten kann sehr verschieden sein und ist abhängig von der Form der syphilitischen Manifestationen und von der Zeit, in welcher dieselben zur Untersuchung kommen. Bei der Untersuchung ganz frischer, erst einige Tage dauernder Primäraffekte, welche nur erodiert erscheinen, kann man eine grofse Menge von normalen Spirochäten finden. Diese Spirochäten haben gewöhnlich ganz reguläre und ziemlich steife Windungen und zeichnen sich durch bedeutende, nicht viel wechselnde Länge aus. Die gleiche Menge der syphilitischen Spirochäten läfst sich in unbehandelten Initialsklerosen eine gewisse Zeit hindurch auffinden. Es war aber nicht möglich, die Dauer derselben näher zu bestimmen. Im

allgemeinen kann man sagen, dafs man Spirochäten in den Sklerosen zahlreich bis zu der Zeit findet, wenn die Infiltration sich vergröfsert und in der charakteristischen Form sich einstellt. Von dem Zeitpunkte an, in welchem die Infiltration nach mehrwöchentlicher Dauer weicher wird, wird die Menge der Spirochäten viel kleiner und verändert ihre Form, ganz unabhängig davon, ob die Sklerose mehr oder weniger ulceriert erscheint. Als Beispiel dafür mag eine Initialsklerose der grofsen Schamlippe beim Weibe dienen, welche nach Angabe der Patientin vor zehn Tagen entstanden war und welche seit dieser Zeit alle zwei bis drei Tage 20 Tage hindurch untersucht wurde. Während der ersten zwei Wochen wurde eine grofse und sich fast gleich bleibende Menge von Spirochäten konstatiert, welche sich am 12.—14. Tage etwas verringerte; am 15. Tage wurden noch bedeutende Mengen, am 17. Tag nur spärliche Spirochäten gefunden und am 20. konnten keine Spirochäten mehr in den Präparaten beobachtet werden. Während der ganzen Zeit der Untersuchung waren nur Waschungen mit sterilisiertem Wasser oder 3%iger Borsäurelösung ordiniert worden. Die Sklerose bedeckte sich in den ersten Tagen mit diphteritischem Belage, reinigte sich aber allmählich so weit, dafs die Infiltration in den letzten Tagen rein granulierte.

Wir hatten schon bemerkt, dafs die Gröfse und Qualität der Ulceration bei der Sklerose keinen Einflufs auf die Menge der Spirochäten hat. Die tiefgreifenden, verunreinigten, aber länger dauernden Geschwüre haben beim Ausdrücken einen Gewebssaft ergeben, welcher eine nur unbedeutende Menge von Spirochaeta pallida enthielt, — aus anderen, nur oberflächlich erodierten Sklerosen, aus welchen die seröse Flüssigkeit schwer auszudrücken war, welche aber nicht von langer Dauer waren, haben wir Präparate mit zahlreichen Spirochäten erhalten. Das wichtigste Moment also, von welchem die Menge der Spirochäten abhängig war, bildete die Dauer der Infiltration.

Die Lokalisation änderte ebenfalls in keiner Weise die Zahl der Spirochäten; eine Sklerose der Mundlippe lieferte Präparate mit ebenso zahlreichen Spirochäten, wie die der Schamlippe oder des Präputiums.

Der Gebrauch von antiseptischen Mitteln scheint auf die Menge der in der ausgedrückten Flüssigkeit gefundenen Spirochäten von Einflufs zu sein. Eine mehrmalige Waschung der Sklerose mit Sublimatlösung hatte die fast gänzliche Abwesenheit von Spirochäten in Präparaten zur Folge, — wenn aber durch zwei bis drei Tage anstatt Sublimat sterilisiertes Wasser zur Waschung der Sklerose gebraucht worden war, liefsen sich die Spirochäten viel rascher in Präparaten auffinden. Es unterliegt also keinem Zweifel, dafs hier die Sublimatwaschung die Entwicklung der Spirochäten hemmte; es ist aber zu vermuten, dafs dieser Einflufs nur auf die oberflächlichen Schichten begrenzt war, und dafs dann die Spirochäten

sich in den tieferen Schichten der Infiltration entwickelten, weshalb diese mit gröſserer Schwierigkeit an die Oberfläche ausgedrückt werden konnten. Dafür spricht die erwähnte Tatsache, daſs nach dem Unterlassen der Sublimatwaschungen die Spirochäten in der ausgedrückten Flüssigkeit wieder zum Vorschein kamen.

Die Dauer irgendwelcher syphilitischen Manifestationen, also nicht nur der Initialsklerose, hat eine so überwiegende Bedeutung, daſs auch in den trockenen Papeln, wenn man sie nur bald nach ihrem Erscheinen untersucht, die Spirochäten leicht zu finden sind. Die Menge derselben ist zwar nicht so bedeutend wie in der Initialsklerose, aber in jedem Falle so bedeutend, daſs sie sich darin in gröſserer Menge finden, als in gröſseren, aber länger dauernden Papeln. Diese Tatsache kann mit Leichtigkeit bei ein und demselben Individuum festgestellt werden, wenn die Eruption allmählich entsteht, — in solchem Falle sind die Spirochäten in frischen Papeln leicht nachweisbar, wogegen sie in den länger dauernden nur schwer zu finden sind. Dasselbe gilt auch für die vesikulösen und pustulösen Exantheme.

In den breiten Kondylomen, welche gewöhnlich neben den natürlichen Körperöffnungen so oft auf der Schleimhaut, wie auch auf der Haut ihren Sitz haben, ist die Menge der Spirochäten fast ebenso groſs, wie in den Initialsklerosen und viel bedeutender, als in den trockenen Papeln. Wir haben dies oftmals in einer Reihe von ähnlichen Fällen von Kondylomen an den Scham- und Mundlippen, im After, am Skrotum bestätigen können. In diesen hypertrophischen erodierten Papeln konnte die groſse Menge der Spirochäten viel länger beobachtet werden, als in trockenen Knötchen. Ihre Anzahl verminderte sich erst bedeutend, sobald die Kondylome sich mit Epithel bedeckten. Es scheint dies mit dem vorher erwähnten Befunde im Widerspruch zu stehen, daſs nämlich der Grad der Exulceration keinen Einfluſs auf die Menge der Spirochäten habe. Doch ist dieser Widerspruch nach unserer Ansicht nur scheinbar; denn die Papeln, welche wir breite Kondylome nennen, entstehen an den irritierten, hyperämischen Stellen, während an der Körperoberfläche sehr oft gleichzeitig nur eine Roseola zum Vorschein kommt. Nicht die Ulceration also, welche in diesen Fällen im hypertrophischen Epithel nur an der Oberfläche liegt, sondern die Irritation dieser Hautstellen, ferner besondere Bedingungen, wie Nässe, Wärme, Hyperämie scheinen die Ursache der an diesen Stellen bestehenden viel besseren Bedingungen für die Entwicklung dieser Parasiten zu sein. Auch kann die Entwicklung der Eiterkokken, welche zur Entzündung dieser Hautstellen führen und dadurch das gröſsere Anreichern der Spirochäten in den veränderten hyperämisierten Geweben bewirken, — in Betracht gezogen werden. Endlich kann man auch annehmen, daſs auch die so häufig in diesen Fällen gefundenen lichtbrechenden Spirochäten (Spirochaeta

refringens) und fusiformen Bazillen in dieser Richtung von gewissem Einfluſs sein können.

Viel früher als die Veränderung in der Anzahl der Spirochäten treten jedoch Veränderungen hinsichtlich ihrer Form auf. Wir haben schon erwähnt, daſs in den frischen Initialaffekten die gefundenen syphilitischen Spirochäten einander sich, was ihre Länge, Dicke, Gestalt und Lagerung der Windungen anbelangt, sehr gleichförmig verhalten. Sehr bald, denn schon nach einigen Tagen, lassen sich unter ihnen etwas abweichende Formen beobachten. In erster Linie sieht man eine Änderung der Lagerung der Spirochäten. Während nämlich die Spirochäten aus frischen Effloreszenzen meistens in Form von geraden Spiralen auftreten, findet man in den älteren immer mehr bogenförmige und winklig geknickte Individuen. Während ferner in den kurzdauernden Exanthemen die Spirochäten von gleicher Länge sind, schwankt ihre Länge in den älteren in ziemlich weiten Grenzen. Diese Längenunterschiede werden teilweise durch Exemplare verursacht, welche sich der Länge nach geteilt, aber noch nicht voneinander getrennt haben.

Die Art und Qualität der Windungen unterliegt auch einiger Änderung. In den frischen Formen sind die Windungen gewöhnlich steif, wie sie Hoffmann und Schaudinn beschrieben haben, zugleich aber von einem zum anderen Pole des Individuums fast gleich. In den länger dauernden Infiltrationen werden die Windungen vor allem ungleich und zwar von ungleicher Länge, Höhe und Breite. Mit der Zeit sieht man immer weniger typische Exemplare und immer mehr solche, deren Körper streckenweise ohne Windungen erscheint. Wenn man noch in Betracht zieht, daſs die Dicke des Spirochätenkörpers bedeutend schwankt, daſs ihr Körper in den länger dauernden Syphiliden an einigen Punkten dicker ist und deutlicher zum Vorschein kommt, muſs man zu dem Schlusse kommen, daſs die Spirochäten mit der Zeit, während der Evolution der Effloreszenzen, gewissen Formveränderungen unterliegen[1].

Wir haben die Impfversuche an Affen in der Hoffnung unternommen, um an ihnen in den hervorgerufenen Infiltraten die verschiedenen Formen der Spirochaeta pallida zu beobachten und die Existenz der Formen, welche wir in den Syphiliden der Menschen gesehen haben, zu bestätigen. Obwohl diese Experimente uns im allgemeinen nicht zu dem gewünschten Ziele geführt haben, so haben sie uns doch Gelegenheit gegeben, ver-

[1] Nähere Beschreibungen und Angaben über diese Formveränderungen und mannigfache Entwicklungsformen von Spirochaeta pallida befinden sich in unserer Arbeit, welche in der Sitzung vom 4. November 1907 der Akademie der Wissenschaften zu Krakau gelesen wurde.

schiedene Vermutungen bezüglich der Form der Spirochäten zu bestätigen. Daneben haben sie uns mit den Erscheinungen der experimentellen Syphilis bekannt gemacht, welche auch bei niederen Affen ganz deutlich zum Vorschein kommen können.

Zu diesen Versuchen haben wir zehn Affen von der Gattung Macacus (cynomolgus, rhesus, sinicus) und einen Cercopithecus benützt. Das geimpfte Material haben wir aus verschiedenen Syphiliden genommen, sowohl aus Primäraffekten, wie auch aus trockenen Papeln, aus der Papel eines von einer syphilitischen Mutter geborenen Kindes, endlich aus einem bei einem der Affen erzeugten Infiltrate. Als Impfstelle wurden in allen Fällen die Augenlider, in einigen auch das Präputium oder eine Schamlippe benützt. Wir haben die Augenlider zur Impfung gewählt, indem wir den Versuchen von Thibierge und Ravaut folgten, welche mit ihren Impfexperimenten bewiesen haben, dafs das Augenlid diejenige Stelle bildet, an welcher die spezifische Reaktion nach der Impfung immer hervortrat, während an anderen Stellen desselben Tieres die gleichzeitige Impfung nicht gelang. Dasselbe bestätigen auch andere Autoren, besonders bei den niederen Affen (Neisser, Finger und Landsteiner). Unsere Versuche haben uns auch den Beweis geliefert, dafs bei der gleichzeitigen Impfung des syphilitischen Materials an verschiedenen Stellen desselben Tieres nur die an dem Augenlide positiv ausfiel.

An den erwähnten Stellen haben wir nicht nur nach Skarifikationen den Saft der Infiltrate eingerieben, sondern auch Gewebspartikelchen in die Taschen, die an den Lidrändern gemacht wurden, eingelegt Auch in dieser Hinsicht sind wir dem Rate anderer Autoren gefolgt (Neisser, Finger und Landsteiner), welchen die Anlegung von Taschen und tiefen Skarifikationen und die Einimpfung des Impfmateriales in dieselben die besten Erfolge ergaben.

Bei der Abimpfung haben wir sowohl die syphilitischen Effloreszenzen, wie auch die Stellen der Impfung möglichst genau aseptisch behandelt. Zur Ermöglichung der Impfung wurden die Tiere chloroformiert, was die Affen ziemlich gut vertrugen.

Das zur Impfung verwendete Material wurde in jedem Falle auf Spirochäten untersucht und die Impfung nur nach positivem Ergebnis unternommen.

Von den elf geimpften Affen sind zwei kurze Zeit nach der Impfung an allgemeiner Tuberkulose zu Grunde gegangen. Dieselben sollen daher weiterhin nicht mehr erwähnt werden. Von dem Rest (neun) müssen wir bei dem einen Affen (Macacus cynomolgus) das Ergebnis als negativ betrachten, denn es entstand an der geimpften Stelle am Lidrande nur eine leichte Rötung, welche bald verschwand. Bei demselben Tiere haben wir nach Verlauf von zwei Monaten nach wiederholter Impfung eine

deutliche Reaktion erhalten, deshalb betrachten wir als Ursache des ersten negativen Resultates einen Fehler in der Impftechnik (oberflächliche Impfung). Außer dem erwähnten Affen waren die Impfresultate noch bei zwei anderen nicht genügend deutlich ausgefallen, so daſs wir dieselben als zweifelhaft notiert haben. In einem Falle (Nr. 6) trat ein Ödem des ganzen Lides ohne begrenzte Infiltration zum Vorschein. Dasselbe verschwand nach einigen Tagen gänzlich und die Untersuchung des ausgepreſsten Gewebssaftes auf Spirochäten fiel negativ aus. Bei dem zweiten Affen (Nr. 9) von zweifelhaftem Erfolge trat nach Impfung des Infiltrates aus dem Augenlide eines anderen Affen eine kleine Papel auf, welche nach sechs Wochen, vom Tage der Impfung gerechnet, fast unsichtbar wurde. Das Ergebnis der Spirochätenuntersuchung war auch hier negativ.

Bei sechs von den neun geimpften Affen war das Resultat ganz positiv. Wenn wir unsere Ergebnisse mit denen anderer Autoren vergleichen, so ergibt sich, daſs unsere positiven Resultate prozentisch nicht viel schlechter ausgefallen sind als diejenigen von Metschnikoff und Roux, Finger und Landsteiner, Neisser, Thibierge und Ravaut.

Die Inzisionen und Skarifikationen heilten in allen Fällen schnell in einigen Tagen ohne irgend welche Eiterung zu, denn die entstehende Kruste fiel in einer Woche ab und hinterlieſs fast keine Spur. Die Zeit der Inkubation der entstandenen Manifestation bei Affen war verschieden lang, was auch alle Autoren beobachtet haben. Nicolle vermochte bei drei Makaken die Papeln schon nach 15—19 Tagen nach der Impfung des syphilitischen Materials hervorzurufen. Metschnikoff und Roux geben die Zeit der Inkubation der Syphilis bei Affen auf 22—37 Tage, durchschnittlich 29 Tage, an; Neisser auf 15—65 Tage, am häufigsten aber auf drei bis fünf Wochen, Finger und Landsteiner bezeichnen das Minimum auf zehn Tage, das Maximum auf 42 Tage und durchschnittlich auf 22 Tage; Thibierge und Ravaut haben die syphilitischen Infiltrate bei Affen in 20—35 Tagen nach der Impfung beobachtet, endlich gibt Kraus 20 Tage an als durchschnittliche Zeit der Erscheinung der Sklerose nach dem Einimpfen bei Affen und stimmt Neisser darin bei, daſs die Manifestationen niemals vor zwei Wochen zum Vorschein kommen. Diese obwohl nicht bedeutende Differenz in der Angabe der Zeit des Auftretens des Infiltrates hat ihre Ursache wahrscheinlich in der verschiedenen Bezeichnung der anfänglichen Manifestation; Finger betrachtet die Entstehung einer unbedeutenden Rötung für den Anfang der positiven Impfung, während Neisser erst die deutliche Papel für die charakteristische Reaktion ansieht. Bei unseren Versuchen haben wir die Entstehung der Manifestation erst von dem Moment notiert, wenn an dem im Käfige, also aus einiger Entfernung, beobachteten Affen eine deutliche Infiltration sichtbar wurde. Wir haben deshalb die Infiltrate bei den Affen am 19. Tag nach der

Impfung gesehen, am spätesten nach einem Monate; als die durchschnittliche Zeit der Inkubation der Syphilis bei niederen Affen können wir in unseren Fällen den 23. Tag betrachten.

Der positive Erfolg der Impfung dokumentiert sich im Auftreten einer kleinen, mit einer dünnen Schuppe bedeckten Papel an der geimpften Stelle; nach der Abnahme dieser Schuppe erscheint die Oberfläche des kleinen Infiltrates rötlich, glatt, wie lackiert, ohne irgend welche auch oberflächliche Erosionen. Wir haben also solche Infiltrate hervorgerufen, wie sie in den Fällen von Thibierge und Ravaut bestanden, im Gegensatz zu Finger und Landsteiner, welche über oberflächlichen Zerfall der Knötchen und nachfolgende Bildung flacher Ulcerationen sprechen. Die Initialmanifestation war immer etwas härter als die umgebende Haut; von einer solchen Induration aber, wie man sie bei Menschen findet, könnte man hier nicht sprechen, es entsteht aber ein deutliches Infiltrat in der Haut, welches als ein Knötchen imponiert und im histologischen Bilde charakteristisch erscheint, wie dies Thibierge und Ravaut, Finger, Kraus, Neisser bestätigen. Auch wir kamen in einem Falle zu demselben Resultat.

Die durch Impfung hervorgerufenen Infiltrationen unterlagen in unseren Fällen nach einigen Wochen einer deutlichen Veränderung. Wir müssen aber mit Nachdruck hervorheben, daſs diese Veränderung in unseren Fällen in zwei verschiedenen Formen auftrat. In den einen Fällen (3) vergröſsert sich das Infiltrat in zwei bis drei Wochen nach dem Erscheinen nicht bedeutend; dann erst begann es sich zu verändern, indem es mehr gelblich wurde, sich allmählich rückbildete und die Oberfläche sich mit Schuppen bedeckte.

In der zweiten Gruppe der Fälle (auch drei Fälle) veränderten sich die anfänglich entstehenden Papeln in ganz anderer Weise. Während in den früher erwähnten Initialaffekten das entstehende Infiltrat sich nur wenig vergröſserte, wuchsen die Knötchen in dieser Gruppe der Fälle im Verlaufe von einigen Wochen stark an, bis sie die ganze Länge des Lidrandes einnahmen. In diesem Stadium der höchsten Entwicklung setzten sich die Infiltrate aus einzelnen dem primären ähnlichen Knötchen zusammen, waren aber mehr erhaben und mit einer dünnen Kruste bedeckt, unter welcher eine glatte, glänzende Oberfläche sich befand.

Die Rückbildung dauerte auch viel längere Zeit; in einem Falle war noch nach drei Monaten seit dem Anfange des Initialknötchens eine deutliche Manifestation sichtbar. Im zweiten Falle war das Infiltrat in der zehnten Woche nach dem Erscheinen der primären Papel so stark entwickelt, daſs ein Stück von dem Infiltrat ausgeschnitten werden konnte, um es einem anderen Affen mit positivem Resultate einzuimpfen. In dem erwähnten Falle wurde noch nach fünf Monaten eine obwohl kleinere,

aber doch deutliche Infiltration beobachtet, welche den Lidrand in seiner ganzen Länge einnahm.

Der dritte Fall stellt in seinem Verlaufe so viele interessante Tatsachen dar, daſs wir denselben etwas ausführlicher beschreiben wollen. Den Affen Nr. 4 (Macacus rhesus) haben wir am 24. Mai 1906 am linken Lidrande und am inneren Blatte des Präputiums mit Gewebsteilen einer Sklerose geimpft, welche im Mundwinkel eines Menschen schon einen Monat bestanden hatte. Am 20. Juni wurde notiert, das seit einigen Tagen eine leichte Rötung des Lidrandes beobachtet wurde (also ungefähr 20 Tage nach der Impfung). Bei der näheren Inspektion in Chloroformnarkose wurde ein deutliches Knötchen von Hirsekorngröſse am Lidrande bemerkt. Nach zwei Wochen wurde die Infiltration viel gröſser und war mit einer Schuppe bedeckt, nach deren Abnahme die Oberfläche sich rötlich, trocken und glänzend darstellte. Einen Monat nachher war das anfängliche Knötchen deutlich angewachsen und in drei Monaten nach der Impfung nahm die Infiltration die ganze Länge des Lidrandes ein. Diese Manifestation war von rosarötlicher Farbe, aber schon nicht so glatt wie vorher. Man hatte nämlich den Eindruck, daſs die Infiltration nicht einheitlich, sondern aus einzelnen verschieden groſsen, die ganze Dicke des Lidrandes (die Haut und Schleimhaut) einnehmenden Knötchen, welche dicht aneinander lagen, zusammengesetzt war. Diese groſse Infiltration blieb längere Zeit (zirka zwei Monate) in unverändertem Zustande, so daſs im November, d. h. beinahe ein halbes Jahr nach der Impfung dasselbe Bild notiert wurde. In diesem Stadium begannen die Knötchen nach und nach kleiner und flacher zu werden, aber so allmählich, daſs die Rückbildung noch zirka fünf Monate dauerte.

Im Mai des nachfolgenden Jahres (1907), da von der Infiltration nur eine Spur übrig geblieben war, beobachteten wir eine leichte Rötung desselben Lides unter der Augenbraue. In einigen Wochen entwickelten sich an dieser Stelle drei Knötchen, welche durch ganz normale Haut voneinander getrennt wurden. Diese kleinen linsengroſsen Infiltrate, die anfangs trocken und wenig erhaben waren, vergröſserten sich nicht viel mehr, wurden aber mehr diffus. Am 20. September 1907 (16 Monate nach der Impfung) stellte diese Manifestation folgendes Bild dar: (Phot. 1.) Im oberen Teile des linken Lides unterhalb der Augenbraue sind drei flache, wenig über die umgebende Haut erhabene Infiltrationen sichtbar. Die mittlere ist erbsengroſs, die zwei anderen nur linsengroſs. Die letzteren sind ganz trocken, etwas eingesunken und von gelber Farbe; das mittlere Knötchen ist etwas erhaben, von rötlicher Farbe und hat eine etwas erodierte und nasse Oberfläche. In der Mitte ist das letztere etwas eingesunken, an der Peripherie mehr erhaben und von der Umgebung abgegrenzt. Man kann also diese Effloreszenz nicht als gewöhnliche syphi-

litische Papeln, vielmehr als papulöse erosive serpiginöse Syphilide bezeichnen, d. h. als eine dem späteren Stadium zugehörende Hauteruption.

Die Lymphdrüsen am Halse, in der Achsel- und Inguinal- wie auch Kubitalgegend sind etwas vergröſsert und derb anzufühlen.

Wir wollen noch hinzufügen, daſs wir am 28. September 1906 den Initialaffekt dieses Affen teilweise ausgekratzt haben, um dieses Material einem anderen Affen am Lidrande einzuimpfen. Nach 28 Tagen erschien am Lidrande dieses anderen Tieres ein deutliches, obwohl kleines Infiltrat, in dessen ausgepreſstem Safte Spirochäten vorhanden waren. Diesen Affekt, welcher zirka sechs Wochen dauerte, haben wir der ersten abortiven Gruppe zugezählt.

Aus der diesbezüglichen Literatur ist zu ersehen, daſs verschiedene Autoren bei den niederen Affen eine deutliche Reaktion erhielten, welche aber in den meisten Fällen rasch vorüberging. So sprechen Neisser, Metschnikoff und Roux, Finger und Landsteiner, Kraus, Thibierge und Ravaut über rasch vorübergehende Knötchen, wie auch in selteneren Fällen über Infiltrationen, welche sich verbreiteten und zuweilen den ganzen Lidrand einnahmen. Deshalb sind wir auch in unseren Fällen ganz dazu berechtigt, diese als zwei gesonderte Typen zu betrachten: In dem einen würden die Fälle mit rasch vergehenden Effloreszenzen gehören, welche wir deshalb und hauptsächlich wegen der kurzen Dauer des Affektes abortiv nennen können. In der zweiten Reihe von Fällen könnte man die nach der Impfung entstehende Reaktion als chronisch bezeichnen. Die prinzipielle Differenz besteht in der Art der Entwicklung der Manifestation, denn in dem zweiten Typus der Fälle verbreitet sich das primäre Knötchen in der nächsten Nähe. Es entstehen daselbst neue, welche wachsen und viel länger dauern, als das einzelne Knötchen, welches rasch die Akme der Entwicklung erreicht und schnell schwindet.



Die syphilitische Natur der Manifestationen bei Affen muſs man jetzt auf andere Weise feststellen, als in der Zeit, in welcher die Spirochäten nicht bekannt waren. Kraus hat ganz recht, wenn er sagt, daſs nur der

Spirochätennachweis in den Affektionen bei Affen einen positiven Beweis der gelungenen Impfung bildet. Wir haben uns deshalb bemüht, in jedem von unseren Fällen diesen positiven Beweis zu führen, und es ist uns nicht selten erst nach längeren mühsamen Untersuchungen, aber doch in allen, sowohl den als abortiv wie den als chronisch bezeichneten Fällen der Nachweis von Spirochäten in den von den Affen angefertigten Präparaten gelungen. Die in den letzten Präparaten gefundenen Spirochäten verhielten sich verschieden. Vor allem waren dieselben spärlicher in den abortiven Knötchen, etwas reichlicher in den deutlicher entwickelten Infiltrationen. In Form und Gröfse unterscheiden sich aber die Spirochäten nicht von normalen, welche man in Effloreszenzen bei Menschen findet. Daneben aber fanden wir auch veränderte Spirochäten, namentlich solche Formen, welche in den verschiedenen syphilitischen Manifestationen bei Menschen beobachtet wurden.

Von den Autoren, welche Affen mit Syphilis geimpft haben, haben viele (Metschnikoff und Roux, Kraus und Prantschoff, Hoffmann, Neisser, Schaudinn, Finger, Thibierge und Ravaut) die Spirochäten in den bei niederen Affen erzeugten Affekten nachgewiesen. Sie haben diese nicht nur in denjenigen Fällen gefunden, in welchen Menschensyphilis geimpft wurde, sondern auch in den durch Einimpfung von Affensyphilis entstandenen Affekten, was wir auch durch unsere Fälle bestätigen können.

Die Manifestationen, welche bei dem einen unserer Fälle ausführlicher beschrieben wurden, beweisen, dafs in manchen Fällen der Syphilisimpfung bei niederen Affen eine Infektion entstehen kann, welche als eine allgemeinere betrachtet werden mufs, als man sie gewöhnlich trifft. Eine Erwähnung ähnlicher Fälle findet man bei verschiedenen Autoren. Zabolotny spricht von rapide verschwindenden Eruptionen auch bei den niederen Affen (Cynocephalus babuin). Siegel demonstrierte einen Macacus rhesus, bei welchem nässende Papeln auf den unteren Extremitäten und dem Gesäfs aufgetreten sind. Die beiden Autoren haben aber den Beweis nicht erbracht, dafs die aufgetretenen Eruptionen wirklich zur Syphilis gehörten. Neisser, welcher ein so grofses Material von verschiedenen Affen zu beobachten Gelegenheit hatte, bemerkte ganz mit Recht, dafs bei diesen Tieren, besonders wenn sie in ungünstigen Bedingungen leben, sehr häufig ekzematöse trockene und nässende Effloreszenzen auftraten. Neisser aber, wie auch Finger und Landsteiner, Metschnikoff, Hoffmann, Kraus beschreiben das Entstehen der Eruption in der Nähe des vergehenden oder zugeheilten Primäraffektes. Alle diese Autoren sprechen in diesen Fällen von regionären Rezidiven in Form von annulären und serpiginösen Syphiliden, welche auch bei Menschensyphilis so gut bekannt sind unter dem Namen „regionäre Infektion“ Langs oder der „prolifé-

rations locales in situ“ HALLOPEAUS. NEISSER beschreibt in einem Falle das zweimalige Auftreten solcher Rezidive, des ersten 44 Tage, des zweiten 214 Tage nach dem Abheilen des Primäraffektes.

In unserem ausführlicher beschriebenen Falle kann auch nur von solchen regionären Rezidiven die Rede sein, doch sollte derselbe in diesem Falle als ein Ausnahmefall betrachtet werden. Es mag nämlich daran erinnert werden, dafs schon der Primäraffekt sich bedeutend in der Umgebung entwickelt hatte, so dafs die nachfolgenden nächstbenachbarten Papeln schon als eine „regionäre Wanderung“ betrachtet werden müssen. Erst ein Jahr nach der Einimpfung ist die Manifestation entstanden, welche die serpiginöse Form angenommen hat und welche ein zweites Rezidiv der regionären Infektion darstellt. Eine wichtige Tatsache bildet in diesem Falle die Vergröfserung der Lymphdrüsen, was zu der Annahme berechtigt, dafs die Infektion nicht nur lokal war. Aus den Versuchen von NEISSER wissen wir, dafs die Überimptung von inneren Organen der mit Syphilis infizierten niederen Affen positive Resultate ergeben hat, welche einen Beweis bilden, dafs man es wirklich auch bei niederen Affen mit einer Verallgemeinerung des Giftes zu tun hat. SCHAUDINN fand in der Milz und im Knochenmark eines sieben Monate lang infizierten Macacus Spirochäten. ZABOLOTNY hat Spirochäten in den Organen von Cynocephalus babuin nachgewiesen. KRAUS zweifelt aber, ob die Generalisation des Virus bei niederen Affen als Ausdruck einer allgemeinen Infektion anzusehen sei, NEISSER dagegen betrachtet diese Affen als syphilitisch erkrankte. KRAUS, welcher die allgemeine Infektion ausschliefst, behauptet, dafs die niederen Affen nur „Spirochätenträger“ seien, weil seiner Meinung nach die klinischen und anatomischen Veränderungen von generalisierter Syphilis bei ihnen fehlen.

Unser Fall spricht eher für die Meinung NEISSERS, dafs nämlich auch bei den niederen Affen eine Generalisierung des Virus sich entwickeln kann. Die in diesem Falle in der Nachbarschaft der geimpften Stelle entstandene Eruption beweist, dafs wir es mit einer regionären Manifestation zu tun haben, die Existenz des Virus aber im ganzen Organismus wird. trotz des Mangels der Eruption auf der ganzen Körperoberfläche, wie dies bei Menschen geschieht, keineswegs ausgeschlossen, besonders wenn man die Schwellung der Drüsen berücksichtigt. Man kann NEISSER vollkommen beistimmen, wenn er sagt, dafs die klinische Observation nicht ausreicht, um den wirklichen Stand der Parasitenverbreitung im Körper festzustellen. Auch die Zeit des Auftretens des Rezidivs überhaupt (ein Jahr nach der Infektion) und ferner das Auftreten desselben zu einer Zeit, in welcher der Primäraffekt samt den benachbarten Knötchen gänzlich verschwand, sprechen ebenfalls zu Gunsten der Generalisierung der Infektion. Das Erscheinen der Exanthems in der Nähe der primären Manifestation beweist

nur die gröfsere Anhäufung und reichlichere Entwicklung der Parasiten an dieser Stelle.

Gewisse Anhaltspunkte kann in dieser Richtung das Verhalten der Spirochaeta pallida und ihre Anzahl abgeben. In dem Primäraffekte nämlich waren die typischen Spirochäten anfangs nur spärlich zu finden und schon reichlicher in der vergröfserten Infiltration. In den später auftretenden Manifestationen waren die Spirochäten auch in gröfserer Menge zu finden, als anfänglich.

Aus Prof. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Eleïdin.

Von

Dr. Pedro Ciliano-Buenos Aires.

Über die Morphologie und die chemische Natur des Eleïdins ist eine ziemlich umfangreiche Literatur vorhanden, jedoch ohne dafs es zu einer vollkommenen Klarheit über das Wesen dieser in der Haut allgemein verbreiteten, aber in der Fufssohle und der Hohlhand am reichlichsten vorkommenden Substanz gekommen wäre. Die Diskussion über diesen Gegenstand begann, als Ranvier das Eleïdin entdeckt und diese Substanz für ein flüssiges Öl erklärt hatte. Ranvier selbst äufsert sich über seinen Befund folgendermafsen (1879): „Entre le stratum granulosum et la couche cornée se trouve une couche mince d'apparence homogène, le stratum lucidum. Les éléments qui la composent sont infiltrés d'une substance qui s'en exprime comme d'une éponge, qui a la consistance et la refringence d'une huile essentielle et se colore aussi facilement et aussi vivement par le carmin que les granulations du stratum granulosum. Ces granulations et cette substance paraissent avoir la même constitution: elles correspondent à l'éléidine de l'auteur."

Wir sehen also, dafs Ranvier seine Behauptungen wesentlich auf das Verhalten derjenigen sich durch Karmin färbenden Substanz bezog, die wir in der basalen Hornschicht und dem Stratum lucidum finden. Seine Ansicht, dafs es sich bei den von Waldeyer unter dem Namen Keratohyalin beschriebenen Körnern der Körnerschicht und den Tropfen der basalen Hornschicht um ein und dieselbe Substanz handle, blieb, trotzdem der Fundort und die Form beider Substanzen verschieden

waren, solange in Geltung, bis Buzzi (1889) in einer aus Unnas Dermatologicum hervorgegangenen Arbeit bewies, dafs die beiden Forscher — Ranvier und Waldeyer — ein jeder für sich recht, nämlich eine andere Substanz vor Augen hatten. Buzzi unterschied daraufhin das Keratohyalin Waldeyers, das sich in den Zellen der Körnerschicht findet und, wie Waldeyer und Unna nachwiesen, eine solide Ausscheidung aus dem Zellenprotoplasma bildet, scharf vom Eleïdin Ranviers, das der Schnittfläche der basalen Hornschicht aufgelagert erscheint und nach diesem Autor ein „huile essentielle" sein soll.

Sieben Jahre später drückt Buzzi sich in einer kurzen Abhandlung „Über Eleïdin" folgendermafsen aus: „Diese Fälle (es handelt sich um einige neuere Befunde von ihm selbst und von Mibelli) bringen unwillkürlich die beiden Substanzen in engeren Zusammenhang und berechtigen zu der Frage, ob trotz ihrer topographischen, morphologischen und chemischen Verschiedenheit die eine — das Eleïdin — nicht doch von der anderen — dem Keratohyalin — herstammt."

Lewin, Slicker, Krause, Winkler und Schröter, Selhorst, Sclavunos, Mertsching, Rabl, Frickenhaus, Dreysel und Oppler haben sich später speziell oder nur nebenbei mit Eleïdin beschäftigt, jedoch haben dieselben eine Entscheidung über die chemische Natur des Eleïdins nicht herbeigeführt. Nach wie vor bleiben die Fragen: was ist Eleïdin? und welche Rolle spielt es vom physiologischen Standpunkte aus? offen.

Mehrfach ist, auf Anregung Liebreichs, der die Theorie von der Existenz der Cholesterinfette in der menschlichen Haut aufgestellt hatte, der Versuch gemacht worden, das Eleïdin als ein Gemisch von Eiweifs und Cholesterinfett aufzufassen. Diese Meinung vertreten aufser Liebreich: Lewin, Selhorst und Sticker. Jedoch haben dieselben keine Beweise dafür erbracht. Es erschien ihnen offenbar verlockend, in der Haut eine Substanz, die wie ein Fett das Keratin geschmeidig erhalten könnte, anzunehmen.

Die neuesten Arbeiten von Unna über das Vorhandensein von Cholesterin in der Haut haben gezeigt, dafs das Eleïdin sicher kein Cholesterinfett ist.

Mir ist von Herrn Prof. Unna die Aufgabe gestellt worden. die chemische Natur des Eleïdins genau zu erforschen, und zwar vorzugsweise unter Zuhilfenahme chemischer Reagentien resp. mikrochemischer Reaktionen. Nach allem, was bisher über Eleïdin geschrieben ist, konnte es sich beim Eleïdin entweder um eine Eiweifssubstanz oder um ein Glycerinfett, oder ein „Lipoid", oder eine Mischung dieser Substanzen handeln. Es war daher mein Bestreben, auf das Eleïdin solche Reagentien einwirken zu lassen, die gegen die obigen Substanzen in irgendeiner Weise reagieren. Speziell waren die von mir verwendeten chemischen

Mittel einerseits solche, die Fette und Lipoide auflösen, andererseits derartige, die Eiweifssubstanzen, wenn sie in flüssiger oder gelöster Form vorliegen, fällen und so für die mikroskopische Untersuchung fixieren.

Als Material diente mir frische Haut von der Fufssohle, die kurze Zeit in Alkohol gelegen hatte. Das Hautstück wurde nach der Cutisseite gebogen, und diese Duplikatur direkt in das Mikrotom ohne jede Einbettung so eingespannt, dafs die tangential geführten Schnitte parallel der Hornschicht ausfielen. Die Schnitte kamen dann unmittelbar in die Farblösung — eine $^{1}/_{2}$ %ige wässerige Lösung von Nigrosin — und verblieben darin 20—30 Minuten oder länger. Darauf wurden die Schnitte in Alkohol, Bergamottöl und Kanadabalsam gebracht.

Das mikroskopische Bild zeigte folgendes: Das Eleïdin sitzt im Niveau der basalen Hornschicht ausgebreitet in Form von blau bis dunkelblau gefärbten unregelmäfsigen Gebilden. Auf jedem Schnitte erscheinen sowohl auf der Oberfläche wie auf der Unterfläche zwei parallele Eleïdinbänder (infolge des Zusammenfaltens der Hautstücke beim Schneiden), die den Vertiefungen und Erhebungen der unverhornten Oberhaut entsprechend wellenförmig verlaufen und sich auch in die Schweifsporen fortsetzen.

Das Eleïdin erscheint in Form von unregelmäfsig gestalteten, meist in Spitzen auslaufenden Tröpfchen, Lachen und Bändchen und macht in der Tat den Eindruck einer flüssigen Masse. Innerhalb der Tropfen sieht man zuweilen kleine, ungefärbte, runde Vacuolen, die sehr scharf konturiert sind.

Nachdem ich mich vom Vorhandensein und Aussehen des Eleïdins überzeugt hatte, ging ich dazu über, auf die Schnitte chemische Mittel einwirken zu lassen. Die Versuche wurden so gemacht, dafs die Schnitte der Reihe nach in verschiedene Flüssigkeiten kamen, darin eine bestimmte Zeit verblieben und dann mit Nigrosin gefärbt wurden. Die Einwirkungsdauer der Reagentien habe ich in weiten Grenzen variiert.

Die Behandlungsweise der Schnitte gestaltete sich also wie folgt:

Frischer Schnitt.

1. Reagens.
2. Wasser (kurze Zeit).
3. Farblösung ($^{1}/_{2}$ Stunde bis 4 Stunden).
4. Alkohol.
5. Bergamottöl.
6. Kanadabalsam.

Im folgenden gebe ich in Form einer Tabelle meine Versuche mit Hautschnitten und die erzielten Resultate in bezug auf das mikroskopische Bild an.

Nr.	Fixation der Stücke	Vorbehandlung		Färbung Nigrosin	Eleïdin-Resultat

1. Eiweißlösende Mittel.

a) Eigentliche Lösungsmittel.

Nr.	Fixation der Stücke	Vorbehandlung		Färbung Nigrosin	Eleïdin-Resultat
1	Alkohol	H_2O	1/4 Std.	Nigrosin	etwas abgeschwächt, jedoch blau gefärbt
2	„	H_2O	1/2 „	„	etwas abgeschwächt, jedoch blau gefärbt
3	„	H_2O	1 „	„	noch mehr abgeschwächt
4	„	H_2O	2 „	„	sehr wenig Eleïdin
5	„	H_2O	4 „	„	Eleïdin verschwunden
6	„	Glycerin	1/2 „	„	zum Teil verschwunden
7	„	„	2 „	„	ganz verschwunden
8	„	H_2O_2	2 „	„	erhalten, blau gefärbt
9	„	Ammoniak	1 „	„	wenig erhalten, dunkelblau
10	„	„	4 „	„	fast ganz verschwunden
11	„	„	7 „	„	„ „ „

b) Nur im Überschufs lösende Mittel.

Nr.	Fixation der Stücke	Vorbehandlung		Färbung Nigrosin	Eleïdin-Resultat
12	Alkohol	Zinksulfat (konz. Lösung)	2 Std.	Nigrosin	fast ganz verschwunden
13	„	Kupfersulfat „ „	2 „	„	ganz verschwunden
14	„	HCl (verdünnt)	2 „	„	wenig Eleïdin, blau gefärbt
15	„	Essigsäure (verdünnt)	2 „	„	wenig und schwach gefärbt
16	„	Ferrocyankalium „	2 „	„	wenig Eleïdin
17	„	„ „	2 „	„	sehr wenig, jedoch dunkel gefärbt
18	„	„ „	2 „	„	fast ganz verschwunden

2. Eiweißfällende Mittel.

Nr.	Fixation der Stücke	Vorbehandlung		Färbung Nigrosin	Eleïdin-Resultat
19	Alkohol	Chlornatrium (konz. Lös.)	1 Std.	Nigrosin	sehr gut erhalten, dunkelviolett
20	„	„ „ „	4 „	„	„ „ „ hellviolett
21	„	„ „ „	7 „	„	„ „ „ „
22	„	Magnesiumsulfat „ „	2 „	„	erhalten, gut gefärbt
23	„	Natriumsulfat „ „	2 „	„	„ „ „
24	„	Ammoniumsulfat „ „	2 „	„	„ „ „
25	„	Oxalsäure „ „	2 „	„	„ „ „
26	„	Chromsäure „ „	2 „	„	„ „ „
27	„	Ameisensäure „ „	2 „	„	„ „ „
28	„	HNO_3 (verdünnt)	2 „	„	„ dunkelblau gefärbt
29	„	HSO_4 „	2 „	„	„ „ „
30	„	Phosphorwolframsäure (verdünnt)	2 „	„	„ grofse Blasen, Konturen hell gefärbt
31	„	Trichloressigsäure „	2 „	„	erhalten, gut gefärbt
32	„	Calciumbisulfit „	2 „	„	„ „ „
33	„	Formalin (20 %)	2 „	„	„ dunkel gefärbt

Nr.	Fixation der Stücke	Vorbehandlung	Färbung Nigrosin	Eleïdin-Resultat
		3. Eiweißkoagulierende Mittel.		
34	Alkohol	Abs. Alcohol. 1 Std.	Nigrosin	gut erhalten, dunkel gefärbt
35	„	„ „ 2 „	„	„ „ „ „
36	„	„ „ 4 „	„	„ „ „ „
37	„	„ „ + NaCl 1 „	„	sehr gut erhalt., dunkel gefärbt
38	„	„ „ + NaCl 2 „	„	„ „ „ „ „
39	„	„ „ + NaCl 4 „	„	„ „ „ „ „
40		Gekocht (Stück) bei 75° 10 Min.	„	erhalten, in Wasser nicht mehr löslich
		4. Fettlösende Mittel.		
41	Alkohol	Benzin 1 Std.	Nigrosin	erhalten, dunkelviolett
42	„	„ 4 „	„	„ „
43	„	„ 7 „	„	„ „
44	„	Chloroform 2 „	„	„ aber schwach gefärbt
45	„	Äther 2 „	„	„ „ „ „
		5. Eiweißfärbende Mittel.		
46	Alkohol	Jod (alkohol. Lösung) 1 Std.	Nigrosin	basale Hornschicht diffus gelb gefärbt; Eleïdin vorhanden, aber nicht zu erkennen
47	„	„ „ „ 2 „	„	
48	„	„ „ „ 4 „	„	
49	„	„ (wässerige Lösung) 1 „	„	
50	„	„ „ „ 2 „	„	
51	„	„ „ „ 4 „	„	
52	„	Pikrinsäure 2 „	„	erhalten, aber nicht zu erkennen
		6. Fettfärbende Mittel.		
53	[1] Primäre Osmierung	Osmiumsäure (1 % Lösung)	—	keine Schwärzung
54	Pikrin-Tannin-Salpetersäure	[2] Sekundäre Osmierung	—	negativ
55		Sudan (alkohol. Lösung 1 %)	—	färbt Eleïdin nicht
56		Ponceau („ „ 1 %)	—	„ „ „

Die Osmierung geschah in folgender Weise:

[1] Primäre Osmierung: Ein kleines Stückchen frischer Haut von der Fußsohle wurde in Flemmingsche Lösung gelegt (24 Stunden bei 37°). Dann wurde das Stück nach 24 Stunden ausgewaschen, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten.

[2] Sekundäre Osmierung (Methode von Unna): Ein Stück verweilte 24 Stunden in einer wässerigen Lösung von 1 % Pikrinsäure, 1 % Tannin und 1 ‰ Salpetersäure, wurde dann sorgfältig unter der Wasserleitung gewaschen und auf 24 Stunden in Alkohol gebracht. Dann in Celloidin eingebettet, geschnitten und die Schnitte in einer Lösung von Acid. Osm., Alaun = 0,5, Aqua dest. 50,0 während 4 Stunden in der Wärme (37°) nachgefärbt.

Aus dieser Tabelle lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

A. Für die Eiweifsnatur des Eleïdins spricht:

1. Die Löslichkeit in Wasser, Glycerin, Ammoniak, und zwar spricht sie genauer dafür, dafs es sich um ein Albumin handelt.

2. Die Unlöslichkeit in konz. Lösungen von Kochsalz, Magnesiumsulfat, Ammoniumsulfat, da durch diese Salze Eiweifs ausgesalzen wird.

3. Die Löslichkeit in starken Lösungen der Schwermetalle (Zinksulfat, Kupfersulfat, Ferrocyankalium), da verschiedene Eiweifskörper, z. B. Albumin, im Überschufs derselben löslich sind.

4. Die Unlöslichkeit in den meisten Mineralsäuren (Salpetersäure, Schwefelsäure) und organischen Säuren (Oxalsäure, Ameisensäure).

5. Die Löslichkeit im Überschufs von Salzsäure und Essigsäure.

6. Die Unlöslichkeit in Phosphorwolframsäure, Trichloressigsäure, Formalin, Chromsäure, welche alle Eiweifs fällen.

7. Die Koagulation durch Erhitzen auf 75 ° und durch Alkohol.

B. Gegen die Fettnatur des Eleïdins spricht:

1. Benzin, Äther, Chloroform erhalten das Eleïdin; also ist Eleïdin kein Fett, kein Lipoid.

2) Eleïdin läfst sich nicht osmieren, weder primär noch sekundär. SUDAN und PONCEAU färben es nicht, also ist Eleïdin kein Fett, kein Lecithin.

Aus allen Versuchen geht mit Sicherheit hervor, dafs Eleïdin eine Eiweifssubstanz ist und auch kein Fett (Lipoid, Lecithin) enthält.

Überlegt man sich die Frage: Was für eine Art Eiweifs das Eleïdin darstellt, so kommen wir zu folgendem Schlufs: Es ist kein Globulin und Fibrin, weil es in Wasser löslich ist; kein Mucin, weil es durch Essigsäure nicht gefällt wird. Es bleibt daher nur die Annahme übrig, dafs Eleïdin **ein genuines Eiweiß, und zwar ein Albumin ist.**

Ist die von mir festgestellte Tatsache richtig, dafs Eleïdin ein einheitlicher Körper, nämlich genuines Albumin ist und vor allem keine fettartige Beimischung enthält, so ist damit auch ein für allemal die Richtung gegeben, in der die Hautstücke, die zur Darstellung des Eleïdins gebraucht werden sollen, am besten fixiert werden. Es darf eben keine albuminlösende Substanz hierzu verwendet werden, wohl aber dürfen fettlösende Substanzen in Anwendung kommen. Als bestes Härtungsmittel empfehle ich einen kochsalzhaltigen starken Alkohol (Alkohol 96 % ad 100, Natr. chlorati 0,20). Natürlich kann auch, wie DREYSEL und OPPLER (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis*, 1895, Bd. 30, S. 63) bereits fanden, die gewöhnliche, Alkohol und Äther benutzende Celloidinbettung verwendet werden. Es erklärt sich jetzt die seinerzeit von BUZZI in seiner zweiten Arbeit

(*Mon. f. pr. Derm.*, 1896, Bd. 23, S. 53) mitgeteilte Beobachtung, dafs das Eleïdin noch in Hautstücken nachzuweisen ist, welche Jahre lang in Alkohol aufbewahrt sind. Man war bisher mit der Alkoholhärtung nach Ranviers Vorgange sehr vorsichtig, da man stets an eine fettige Natur des Eleïdins oder an eine fettige Beimischung dachte. Auch Frickenhaus (*Mon. f. pr. Derm.*, 1896, Bd. 23, S. 57) verhält sich einer längeren Vorbehandlung der Hautstücke mit Alkohol gegenüber noch skeptisch. Wenn sich in der Tat das Eleïdin in Hautstücken, die lange in Alkohol konserviert waren, manchmal nicht mehr nachweisen läfst, so liegt es nicht an dem Alkoholgehalt der Flüssigkeit, sondern an deren Wassergehalt. Man hat in Zukunft also bis zur Färbung des Eleïdins, welche an und für sich eine Art Fixation des Eleïdins bewirkt, vor allem einen längeren Aufenthalt in wässerigen Flüssigkeiten zu vermeiden (z. B. verdünnten Alkohol).

Für die gütige Anregung zu dieser Arbeit und freundliche Unterstützung spreche ich Herrn Prof. Unna an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aus.

Literatur.

Ranvier: Sur une substance nouvelle de l'épiderme et sur le processus de Kératinisation du revêtement épidermique. *Compt. rend. de l'Acad. d. sciences.* 1879. 30. Juni.

Unna: Über das Keratohyalin und seine Bedeutung für den Prozefs der Verhornung. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1882. Bd. I., Heft 10.

Waldeyer: Untersuchung über die Histogenese der Horngebilde, insbesondere der Haare und Federn. *Festschrift für Henle.* 1882.

Ranvier: De l'éléidine et de la répartition de cette substance dans la peau, la muqueuse buccale et oesophagienne des vertébrés. *Archiv. de Physiol.* 1884. Exposé des titres et des travaux scientifiques de L. Ranvier. Paris, 1885.

Lewin: Mikrochemischer Nachweis von Cholesterinfett in der Körnerschicht der Epidermis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1886. Nr. 2.

Sticker: Über die Entwickelung und den Bau des Wollhaares beim Schafe. Dissert. Berlin, 1887.

Unna: Pariser Briefe. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1888. Bd. VII, Heft 11, 12 u. 13.

Ders.: Fortschritte der Hautanatomie in den letzten fünf Jahren. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1888. Bd. VII, S. 890 u. 960.

Buzzi: Keratohyalin und Eleïdin. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. Bd. VIII, Heft 2 u. 4.

Ders.: Über Eleïdin. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1896. Bd. 23, Heft 2.

Unna: Der Nachweis des Fettes in der Haut durch sekundäre Osmierung. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1898. Bd. 26, S. 601.

Ders.: Über das „Lanolin“ der menschlichen Haut. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1907. Bd. 45, S. 379.

Versammlungen.

Sitzungsberichte der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 5. Dezember 1907.

Der Ausschufs, der in der vorhergehenden Sitzung beauftragt war, eine passende **Formel für die Zusammensetzung des Oleum cinereum** zu finden, macht folgende Vorschläge:

Hydrarg. viv.	40,0
Lanolin. anhydr.	25,0
Vaselin.	60,0.

Diese Mischung stellt eine Masse von 100 ccm dar; mit jeder Einspritzung von dieser Lösung erhält der Patient 0,4 Hydrarg. viv. Die Versammlung nimmt diesen Vorschlag einstimmig an.

Hallopeau und Railliet berichten über eine **nicht moniliforme Aplasie der Haare**. Der jetzt sechsjährige Knabe ist das Kind eines Säufers; er kam ganz kahl auf die Welt; die Nägel bedeckten das Nagelbett nur zur Hälfte; erst im Alter von zwei Jahren bildeten sich Wollhaare; etwas später, mit vier Jahren bildete sich um Stirn, Schläfen und Nacken ein Kranz dunkler Haare; der übrige Schädel blieb ganz kahl. Besserung brachte dann die regelmäfsige Waschung des Kopfes mit der „Lotion excitante“ de Saint-Louis, aber der Scheitel ist auch jetzt noch kahl. Es liefs sich auch mikroskopisch kein Monilethrix nachweisen, aber auf der Kopfhaut war deutliche Hyperkeratosis pilaris vorhanden.

Hallopeau und Aine stellen eine **Leprakranke** vor, die nach **Atoxyl**-Einspritzungen wesentlich **gebessert** ist. Die Flecken, Knoten, Geschwüre und Krusten, mit denen Patientin seit fünf Jahren im Gesicht und an den Armen behaftet war, sind wesentlich zurückgegangen.

Dieselben Autoren berichten über einen Fall von **Dermatitis herpetiformis**, der einen fünfjährigen Knaben betraf und sich durch seine Schmerzlosigkeit und seinen grofsen Polymorphismus auszeichnete. Ferner über eine **Prurigo exanthematica** bei einem kleinen Mädchen; hier war bemerkenswert, dafs über beiden Knien ein Streifen von Purpuraknötchen safs, der den Oberschenkel zu einem Drittel umfafste; diese Lokalisation war durch den Druck der Strumpfbänder bewirkt.

Balzer und Galup: 51jährige Frau mit **Morphaea beider Brüste**.

Gaucher, Louste und Nathan: **Schanker der Nasenscheidewand.** Es handelte sich um ein Ulcus durum. Über das Wie? dieser Lokalisation ist nichts berichtet.

Gaucher, Louste und Bory: **Zungentumor bei einem Syphilitiker.** Diagnose zwischen Syphilom und Epitheliom schwankend, doch sprechen alle Verhältnisse eher für jene Form. In einem anderen, nicht minder interessanten Fall, den die Herren vorstellen, schwankt die Diagnose zwischen **Mykosis, Syphilis** und **Pemphigus.** Bei dem Patienten bestehen nämlich am Körper rundliche, mit Krusten bedeckte Geschwüre, die einen durchaus syphilitischen Eindruck machen; der Kranke will aber niemals Syphilis gehabt haben. Aufserdem auf dem Rücken ein granulierendes Geschwür von mykosischem Charakter. Trotz freigebiger, beinahe zu freigebiger Behandlung mit Hg, JK und Arsen keine nennenswerte Änderung; in letzter Zeit sind auch noch Pemphigusblasen hinzugekommen.

Gaucher, Louste und Bory: Ein weiterer **Todesfall nach Einspritzungen mit grauem Öl.** Ein Paralytiker bekommt in drei Monaten 65 Einspritzungen von Hg benzoic., danach noch in drei Monaten 15 Einspritzungen von Oleum cinereum — mit dem einzigen Erfolg, daſs er eine heftige Stomatitis bekommt und unter den Erscheinungen einer Angina Ludovici zugrunde geht.

Danlos und Blanc berichten über eine **Roseola leprosa,** die wie **Syphilis** aussah. Der 19jährige Patient stammte aus Argentinien und hatte seine Roseola seit sieben Jahren. Daneben bestanden auch ulcerierte Papeln. Die Diagnose wurde durch das Vorhandensein von Anästhesie und Hansenscher Bazillen gesichert.

Dieselben: **Tertiäre Syphilide gleichzeitig mit Lichen planus.** Die Syphilide saſsen auf den beiden Hohlhänden und über dem linken Knie des Patienten, der Lichen planus auf beiden Vorderarmen.

Beurmann und Gougerot zeigen einen jungen Mann mit **Lepromen des Gesichts und der Extremitäten,** bei denen jede Sensibilitätsstörung fehlt.

Dieselben: Patient mit einem seit sechs Wochen bestehenden **erythemato-squamösen Herd** nach Hautreaktion auf Tuberkulin.

Sitzung vom 9. Januar 1908.

Brault stellt zwei Fälle von **Noma** bei erwachsenen Algeriern vor; die beigegebenen Abbildungen zeigen deutlicher als jede Beschreibung die fürchterlichen Zerstörungen, die diese Krankheit im Gesicht verursacht.

Aubrain: Heilung eines Falles von **Prurigo Hebra** bei einem sechsjährigen Mädchen mit **Bouillon von frischer Schweinsleber.**

Morestin beschreibt die **Exstirpation eines Angioms** aus der Wange eines Kindes von 14 Monaten.

Balzer und Galup stellen ein junges Mädchen mit **Purpura annularis telangiectatica** an den unteren Extremitäten vor.

Dieselben: Heilung eines **ulcero-tuberkulösen Syphilids** mittelst Einspritzungen von Hydrargyrum colloidale.

Ehlers: **Beginn der Dementia paralytica drei Jahre nach der syphilitischen Infektion.**

Hallopeau: In einem Falle von **Tabes dorsalis besserten** sich die lanzinierenden Schmerzen erheblich und verringerte sich die Myosis des rechten Auges nach **Hg-Einreibungen** und **Einspritzungen von Atoxyl.**

Derselbe berichtet über einen weiteren Fall von wahrscheinlicher **Übertragung des Ekzems** und tritt mit Leredde und Unna für dessen parasitäre Natur ein.

Derselbe: **Weiſswerden der Kopfhaare bei einem 13jährigen Mädchen;** auf je 10—15 dunkle Haare kommt ein weiſses; diese stehen nicht etwa in Büscheln zusammen; die Mutter fing mit 30 Jahren an zu ergrauen.

Gaucher und Nathan: 19jähriges Mädchen mit **Ulcus specificum auf der linken Mandel,** Schleimhautplaques auf der Vulva und der rechten Mandel.

Dieselben: **Tertiäre Formen der erworbenen Syphilis** — ulceröse Gummata im linken Scarpaschen Triangel usw. — **bei einer 35jährigen heredo-syphilitischen Patientin.**

Dieselben: **Erythema polymorphum** bei einem jungen Mädchen mit **beginnender Schwindsucht.**

R. Blanchard führt einen sehr interessanten Fall von **Melanhidrose** vor, einen Knaben von 13 Jahren, der unter beiden Augen einen schwarzen, halbscheibenförmigen Fleck hatte. Diese Flecke lieſsen sich durch leichtes Reiben entfernen, es erschien dann wieder die gesunde Haut, die sich aber nach kurzer Zeit von neuem wieder schwarz färbte. Wie die Untersuchung erwies, kam die Verfärbung dadurch

zustande, dafs sich beim Verdunsten des farblosen Schweifses ein ganz feinkörniges schwarzes Pulver auf die Haut niederschlug. Es mufste demnach der Schweifs einen Stoff enthalten, der sich bei Berührung mit der Luft schwarz färbte. Man vermutet dafs er mit dem Farbstoff der Chorioidea verwandt oder identisch ist.

Sitzung vom 6. Februar 1908.

Im Anschlufs an die Mitteilung von Ehlers in der vorhergehenden Sitzung berichtet Fournier über einen weiteren Fall von **Dementia paralytica**, die kaum drei Jahre nach Beginn der Syphilis zum Ausbruch kam und im Lauf von zwei Jahren tötlich verlief.

Hallopeau und Railliet haben in der Gegend zwischen **Ulcus specificum** und der dazu gehörenden Drüsenanschwellung — beim Sitz des Schankers auf Eichel oder Vorhaut an der Wurzel des Penis — **Atoxyleinspritzungen** gemacht und dabei in mehreren Fällen **erhebliche Verzögerung des Auftretens von Sekundärerscheinungen** beobachtet. A. Renault konnte dieso Erfahrungen nicht bestätigen.

Gaucher und Bory: Ein Fall von **vereitertem Gumma** am linken unteren Augenlidrand sechs Monate nach der Ansteckung.

Dieselben: **Vegetierende Plaques** am Anus und in der linken Achsel; diese Plaques sind nässend, schmerzhaft, von grofser Ausdehnung und stark vorspringend.

Dieselben: **Arteriitis syphilitica** und **Gangraen des linken Fufses.** Amputation.

Gastou und Girauld haben 31 macerierte Föten untersucht und bei 15 von ihnen die **Spirochaeta pallida in der Leber** gefunden; sie ziehen daraus verschiedene Schlufsfolgerungen.

Morestin: **Leukoplasia lingualis.** Syphilis und viel Zigarettenrauchen. Exstirpation der erkrankten Schleimhaut, Naht. Vollständige Heilung, ohne Störung der Sprache und des Geschmacks.

Danlos: **Ein Fall von Sporotrichose.** Die Patientin hatte einen kleinen kalten Abscefs am Rücken und sechs geschwürige Herde von zweifelhaftem Aussehen am Körper. Der Eiter des kleinen Abscesses ergab reine Kulturen von Sporotrichose. Heilung mittels JK.

Derselbe: **Ein Säugling mit Erythema terebrans infantile.** Das Kind hatte ungefähr 30 charakteristische Erythemapusteln über den ganzen Körper verteilt; sämtliche Geschwüre hatten sich nachweislich aus Varicellenelementen entwickelt.

Balzer und Galup zeigen die Wachsnachbildung eines **weichen Schankers,** der sich, ohne phagadänisch zu sein, durch seinen **riesigen Umfang** — 4—5 cm in den verschiedenen Richtungen — auszeichnete. Er safs auf der Vorhaut und war vermutlich aus mehreren einzelnen Schankern zusammengewachsen.

Tansard und Raillet: **Erythema generalisatum** nach **Fibrolysineinspritzungen.** Die Einspritzungen wurden wegen einer Harnröhrenverengerung — die sie rasch beseitigten — vorgenommen. Es ergab sich aus den weiteren Beobachtungen und Versuchen, dafs das Fibrolysin tatsächlich die Ursache des Erythems war.

Türkheim-Hamburg.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1908. Heft 1.

1. **Dermatologie und ihre Beziehungen zu allgemeinen Medizin**, von O. Lassar. Jahresrede, gehalten in London auf Einladung der dermatologischen Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland am 22. Mai 1907.

2. **Die Serodiagnostik der Syphilis und ihrer Verwertbarkeit in der Praxis**, von Erich Hoffmann und Franz Blumenthal-Berlin. Die Deutung der von Wassermann, Neisser und Bruck gefundenen Komplementbindung durch syphilitisches Serum ist zurzeit noch strittig, auch über die Natur des im syphilitischen Serum enthaltenen spezifischen Stoffes, den wir durch die Reaktion nachweisen, ist man sich noch nicht im klaren. Die zuerst von Porges angegebene und von den Verfassern bestätigte Tatsache, dafs Lecithinaufschwemmungen ähnliche Resultate ergeben wie syphilitische Leberextrakte, macht es wahrscheinlich, dafs der spezifische Stoff ein toxinähnlicher Körper ist, der ähnlich wie das Tetanusgift mit dem Lecithin eine Bindung eingeht. Wenn sich das bestätigt, so spielt vielleicht bei der Entstehung der mit Hämoglobinverarmung einhergehenden Anämie, die namentlich in der Eruptionsperiode der Syphilis häufig vorkommt, die Affinität des Stoffes zur lecithinhaltigen Hülle der Erythrocyten eine Rolle.

Gleich anderen Autoren stellten die Verfasser bei ihren Untersuchungen fest, dafs die Reaktion in der Mehrzahl der Fälle von manifester Syphilis deutlich positiv ausfällt, und zwar am häufigsten und stärksten bei Patienten mit spätsyphilitischen Erscheinungen und mit maligner oder früh ulceröser Lues, nicht ganz so oft im sekundären und am seltensten im primären Stadium. Mitunter war die Reaktion auch bei bestehenden Rezidiverscheinungen negativ; demnach kann der zu frühzeitige Zeitpunkt der Blutentnahme nicht der einzige Grund für den negativen Ausfall sein. Der Moment des Auftretens der Reaktion schwankt offenbar in ziemlich weiten Grenzen; die Verfasser fanden sie einmal schon fünf Wochen nach der Infektion positiv. — Bei latenter Syphilis fällt die Probe öfter negativ aus als bei manifester Lues; die Verfasser hatten nur bei 12 von 23 latent-syphilitischen Personen ein positives Resultat. Ob die Quecksilberbehandlung einen merklichen Einflufs auf das Phänomen ausübt, vermögen die Verfasser noch nicht zu entscheiden. — Von 35 Kontrollfällen ergaben zwei positives Resultat; der eine Fall betraf eine mit Psoriasis vulgaris behaftete Kellnerin, bei der zwar Zeichen von Lues nicht vorhanden waren, eine latente Syphilis aber auch nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, im zweiten Falle handelte es sich um einen an Framboesia tropica leidenden Neger. Dafs bei dieser mit der Syphilis so nahe verwandten Affektion die Reaktion positiv ist, erscheint nicht wunderbar, da auch die Erreger der beiden Krankheiten einander sehr nahe stehen. — Aus der Gesamtheit ihrer Ergebnisse schliefsen die Verfasser, dafs die Wassermannsche Probe alle Bedingungen, die wir an eine serodiagnostische Reaktion stellen, erfüllt.

Ein sicheres Urteil über die Bedeutung der Reaktion ist nicht möglich, solange ihr Wesen noch nicht aufgeklärt ist. Doch ist es jetzt schon wahrscheinlich, dafs sie nur dann ausgesprochen positiv ist, wenn der Krankheitsprozefs noch nicht ganz erloschen ist. Damit ist aber nicht gesagt, dafs bei positivem Ergebnis auch im klinischen Sinne noch Syphilis bestehen mufs, weil die Produktion des spezifischen Stoffes

den eigentlichen Krankheitsprozeſs noch einige Zeit überdauern könnte und weil es nicht erwiesen ist, daſs bei Leuten mit positiver Reaktion syphilitische oder parasyphilitische Krankheitserscheinungen folgen müssen. Noch viel weniger besagt der Ausfall der Probe über den Grad der Infektiosität; es kann daher auch der Ehekonsens für gewöhnlich wenigstens nicht von dem Ergebnis der Reaktion abhängig gemacht werden.

Praktisch verwertbar und sehr nützlich ist die Reaktion für die Untersuchung und Auswahl von Ammen und Kindermädchen, für die Überwachung der Prostituierten und damit für die allgemeine Prophylaxe der Syphilis und namentlich für die Diagnose zweifelhafter Erkrankungen speziell der inneren Organe, des Nervensystems usw. Doch darf hier die Probe nicht für sich allein als ausschlaggebend betrachtet werden, sondern nur als Hilfsmittel neben dem klinischen Befund dienen; denn der positive Ausfall der Reaktion beweist nur das Vorhandensein einer Syphilis überhaupt, nicht aber die syphilitische Natur eines einzelnen Krankheitsherdes, z. B. einer Neubildung, die auf syphilitischem Boden entstanden sein kann. Der negative Ausfall der Reaktion kann stets nur mit Vorsicht verwertet werden. In der Dermatologie hat die Reaktion besonders Wert für die Sicherstellung der Diagnose bei undeutlichen oder ungewöhnlichen Sekundärerscheinungen, bei atypischen Leukodermen und Alopecien und vor allem bei lupoiden und skrophulodermähnlichen Syphiliden und anderen schwer erkennbaren Späterkrankungen. Wo klinische Erscheinungen von Syphilis völlig fehlen und auch die Anamnese unsicher ist, wie z. B. bei Leuten, die nur ein Ulcus zweifelhafter Art gehabt haben, ist die Reaktion zurzeit das einzige Mittel zur Entscheidung der Frage, ob Syphilis vorliegt. Von groſsem praktischen und wissenschaftlichen Interesse ist der Ausfall der Probe in Fällen, in denen der Primäraffekt frühzeitig exzidiert worden ist und deutliche Sekundärerscheinungen ausbleiben. Sehr wertvoll erscheint die Reaktion weiterhin für die Auffindung Latent-Syphilitischer in Familien, in denen ein Mitglied luetisch infiziert ist; praktisch ganz besonders bedeutsam ist das Ergebnis bei graviden Frauen. Die Frage, ob das Collessche Gesetz zu Recht besteht oder nicht, wird sich mit Hilfe der Reaktion vielleicht definitiv entscheiden lassen. Kinder syphilitischer Eltern wird man, auch wenn sie keine bestimmten Symptome aufweisen, mittels der Reaktion mehrfach prüfen müssen, da es nicht unmöglich erscheint, daſs wirklich Fälle von Lues hereditaria tarda vorkommen. In gewissem, allerdings noch sehr beschränktem Sinne kann endlich die Reaktion auch zur Beantwortung der Frage herangezogen werden, ob eine Syphilis als geheilt zu betrachten ist oder ob noch weitere Kuren erforderlich sind.

3. **Beitrag zur Angiokeratomfrage** (Mibelli), von P. Judin-Kiew. J. hat bei einem 23jährigen Soldaten, der sich als Knabe öfters die Finger erfroren hatte, an der dorsalen Seite der ersten und zweiten Phalanx des rechten Zeige- und Mittelfingers Angiokeratome gefunden; sie präsentierten sich als unregelmäſsige, aus einzelnen Höckern bestehende, schwielige Verdickungen der bläulich-grau verfärbten Haut, die Epidermis über den Höckern erschien stark verhornt und von tiefen Furchen durchschnitten. Unter lokaler Anästhesie wurde die Geschwulst am Zeigefinger herausgenommen; sie war so gut abgekapselt, daſs sie nach Inzision der Haut stumpf entfernt werden konnte. — Bei der Beschreibung des histologischen Befundes zitiert J. zum Vergleich die von anderen Autoren gemachten Angaben; wesentliche Differenzen ergeben sich dabei nicht. Bei dem Patienten J.s bestand kein Verdacht auf Tuberkulose; die von einigen Forschern erwähnte Ähnlichkeit der anatomischen Veränderungen bei Angiokeratom und bei Tuberkuliden konnte J. in seinem Fall nicht nachweisen. — Erfrierungen spielen in der Ätiologie der Angiokeratome zweifellos eine Rolle, aber sie können nicht die einzige Ursache der Affektion sein; sonst müſste

diese in Rufsland sehr häufig vorkommen, während J. in der ganzen russischen Literatur nur einen Fall beschrieben fand. Nach dem ganzen klinischen und histologischen Befunde hält J. die Erkrankung „für eine angiomatöse Erweiterung der Gefäfse nach vorhergehender Erfrierung mit einer sekundären verstärkten Verhornung der Epidermis, von der Blutstauung in der papillaren Schicht abhängend“.

4. **Über die Heilung der Darierschen Dermatose**, von Karl Herxheimer-Frankfurt a. M. H. empfiehlt zur Behandlung der bisher für unheilbar gehaltenen Darierschen Psorospermosis follicularis vegetans die Thermokauterisation. Er hat damit in einem Falle anscheinend dauernde Heilung erzielt, ein zweiter Fall mit fast universeller Verbreitung der Effloreszenzen wurde durch das Verfahren ebenfalls geheilt, doch ist die Zeit noch zu kurz, als dafs auch hier schon von einem Dauererfolg gesprochen werden könnte. Die Kauterisierung ist eine oberflächliche, die Haut nach dem Abfallen des Schorfes meist normal; zuweilen zeigen sich nässende Stellen, die unter einem Verband mit Borsäure oder Zinkpaste rasch heilen.

5. **Ein Fall von eigentümlicher Kantenbildung der Nägel**, von Artur Jordan-Moskau. J. beobachtete bei einer 21jährigen Frau an vier Nägeln der rechten Hand eine bald stärker, bald schwächer ausgebildete, vertikale Kante, die den Nägeln ein giebelartiges Aussehen gab. Am Daumen der linken Hand, an dem die Kante am stärksten war, fand sich nahe am freien Nagelsaum eine grübchenartige, mehr weifs gefärbte Einsenkung; J. glaubt, dafs diese Aushöhlung, die an den anderen erkrankten Nägeln fehlte, später entstanden ist als die Kante. Im übrigen waren die Nägel normal, nur zeigten sie Neigung, am freien Rande einzureifsen. — Von der Koilonychie ist die beschriebene Veränderung wesentlich verschieden.

6. **Nochmals die „Beiträge zur Legende von der Altertumssyphilis“.** Eine Berichtigung von Notthafft-München. Kurze Mitteilung sprachwissenschaftlichen und historischen Inhalts.

1908. Heft 2.

1. **Ein Beitrag zur Lehre von der Kaninchen-Syphilis**, von Albert Neisser. Nach einigen Bemerkungen über Affen-Syphilis polemisiert N. gegen die Behauptungen Siegels von der subkutanen Infektionsmöglichkeit bei Affen und von der Möglichkeit der allgemeinen luetischen Durchseuchung von Kaninchen, die Siegel durch das Ergebnis der Impfungen von Affen mit Organen seiner Versuchskaninchen nachgewiesen haben will. Ganz mit Unrecht zitiert Siegel als Beweis für die Richtigkeit seiner Angaben über Kaninchen-Syphilis auch eine Stelle aus dem bekannten Referate Neissers (die experimentelle Syphilisforschung nach ihrem gegenwärtigen Stande); N. hat zahlreiche Kaninchen teils auf subcutanem, teils auf intravenösem Wege zu infizieren gesucht, aber die Verimpfung von Organen dieser Kaninchen auf Affen ergab stets negative Resultate. Grouven ist es anscheinend gelungen, bei einem Kaninchen durch intraokulare Impfung allgemeine Syphilis zu erzeugen. Aufserdem aber konnte neuerdings allgemeine Kaninchendurchseuchung durch Injektion virulenten Materials in die Hoden erzielt werden; bei Affen, die mit Organen so behandelter Kaninchen geimpft worden sind, wurde schon wiederholt das Auftreten typischer Primäraffekte konstatiert. Sehr grofse Bedeutung für die Syphilisforschung hat diese Tatsache wohl nicht, da bei den Kaninchen keine charakteristischen, äufserlich wahrnehmbaren Erscheinungen entstehen, und nur durch Weiterimpfung von Organen der Erfolg der Impfung festgestellt werden kann. Versuche, Hammel und Ziegen von den Genitalien aus zu infizieren, sind bisher mifsglückt; vielleicht wird aber ein positiver Erfolg zu erzielen sein, wenn künftighin die Bildung einer starken Leukocytose um die Impfstelle herum vermieden wird.

2. **Über einige Formen narbiger Kahlheit, ihre Diagnose und Therapie,** von G. Arndt - Berlin. Es gibt eine Gruppe relativ seltener, zu narbiger Kahlheit des behaarten Kopfes oder der Bartgegend führender Prozesse, deren Ätiologie und Pathogenese vollkommen dunkel ist und denen folgende klinische Merkmale gemeinsam sind: Beginn mit ganz leichten Veränderungen entzündlicher Natur in der Umgebung der Follikel (Rötung, Schuppung, Knötchen- oder Pustelbildung), Tendenz zur Bildung von Plaques, die im Zentrum mit deutlicher Narbenbildung abheilen und peripher fortschreiten, aufserordentliche Chronizität des Prozesses und sein durch therapeutische Eingriffe nur schwer aufzuhaltendes stetiges Fortschreiten. Zu dieser Gruppe gehören nach A. die Pseudopelade (Brocq), Unnas Ulerythema sycosiforme und eine Reihe von Erkrankungen, die unter verschiedenen Namen, als Acne decalvans (Lailler und Robert), als Folliculite épilante (Quinquaud), als Alopécies cicatricielles innominées (Besnier) beschrieben worden sind und mangels unterscheidender Merkmale vorerst noch zusammengefafst werden müssen.

Bei Pseudopelade ist die Haut der scharf, aber unregelmäfsig zackig begrenzten kahlen Herde glänzend weifs, häufig mit einem Stich ins Rosafarbige, glatt und deutlich narbig. Auf der weifsen Fläche sieht man zuweilen unscharf begrenzte rosa- bis blafsrote Flecke, die auf Druck vollständig verschwinden. An der Austrittsstelle der erkrankten Haare findet sich höchstens eine mäfsige Schuppung, aber nirgends Bläschen-, Pustel- oder Krustenbildung. Die Haare in der Umgebung der Plaques haben normale Länge und Farbe und lassen sich leicht ausziehen, ohne abzubrechen; an ihrer Wurzel sind sie von einer sukkulenten, glasig durchscheinenden Scheide umgeben, in der Pilze oder andere spezifische Erreger bisher nicht gefunden wurden. Im Bereich der kahlen Stellen finden sich häufig mehr oder weniger umfangreiche Büschel gut erhaltener Haare. Differentialdiagnostisch kommen der Pseudopelade gegenüber namentlich solche Fälle von Lupus erythematodes in Betracht, in denen der krankhafte Prozefs vorübergehend oder dauernd zum Stillstand gekommen ist und die charakteristischen epidermoidalen Veränderungen, besonders die an den Follikeln lokalisierten, zurücktreten oder vollständig fehlen. Jedoch sind in solchen Fällen die Narben meist regelmäfsig kreisrund oder polycyklisch begrenzt, fast immer vollkommen haarlos, auf Beklopfen häufig recht empfindlich und oft Sitz von Teleangiektasien; die Wurzelscheide ist nicht sukkulent und durchscheinend wie bei Pseudopelade. — Aufserdem können atypische Favusfälle, die unter dem Bilde einer fleckenförmig auftretenden narbigen Kahlheit verlaufen, der Pseudopelade sehr ähnlich sehen. Bei dieser Form des Favus finden sich auch inmitten der kahlen Stellen Haarbüschel, die aber nicht wie bei Pseudopelade aus gut erhaltenen, sondern aus eigentümlich trockenen, geschlängelten, verkümmerten Haaren bestehen; aufserdem weisen die Haare in der Peripherie der Plaques die charakteristischen Favusmerkmale auf; in der Wurzelscheide läfst sich der Favuspilz leicht nachweisen. An der Austrittsstelle der erkrankten Haare sind perifollikuläre, rote, schuppende oder Pusteln tragende Knötchen vorhanden. — Der Verlauf der Pseudopelade, die nur bei Erwachsenen und zwar bei Männern häufiger als bei Frauen beobachtet wird, ist ein langsam, aber stetig fortschreitender; Stillstand kommt vor, Restitutio ad integrum ist unmöglich, da an den erkrankten Partien die Follikel meist vollständig zugrunde gegangen sind. Die Therapie ist wenig aussichtsvoll. Doch gelang es A., in mehreren Fällen durch lange Zeit hindurch zweimal täglich wiederholte heifse Seifenwaschungen und nachherige Applikation 10%iger Schwefelzinkpaste das Fortschreiten des Prozesses für längere Zeit aufzuhalten. Wo mit dieser Behandlung nichts erreicht wird, erscheint ein Versuch mit Röntgenstrahlen angezeigt.

Das Ulerythema sycosiforme Unna (Sycosis lupoides Brocq, Acne lupoides,

Dermite sycosiforme attrofiziante DUCREY und STANZIALE) tritt am häufigsten in der Bartgegend auf; meist entsteht nur eine einzelne, vollkommen haarlose, glatte, weifse, narbige, runde oder unregelmäfsig buchtig begrenzte Scheibe, die von einem Saum schuppen- und krustentragender, bräunlich bis dunkelroter, ziemlich weicher, vielfach konfluierender, peripilärer Knötchen oder Pusteln von Stecknadelkopf- bis Hanfkorn-gröfse umgeben ist. Die im Bereich des Herdes etwa noch vorhandenen Haare lassen sich leicht ausziehen, ihre Wurzelscheide ist meist eitrig imbibiert. Am behaarten Kopfe ist das Ulerythema sycosiforme seltner; es führt hier manchmal zu einer der ganzen oder fast der ganzen Circumferenz des Schädels entsprechenden, nach innen gegen den Vertex zu von Knötchen oder Pusteln begrenzten, bandartigen Kahlheit, die durch ihre Form und Lokalisation an die Ophiasis benannte Varietät der Alopecia areata erinnert. Eine gewisse Ähnlichkeit kann das Ulerythema mit einem Lupus vulgaris serpiginosus haben, namentlich wenn sich im Bereich der Narbe kleine, gelb-bräunlich verfärbte, an Lupusknötchen erinnernde Herde kolloider Degeneration finden. Auch beim Ulerythema ist die Prognose nicht günstig, die Therapie häufig machtlos. Sie besteht in gründlicher Entfernung der Bart- und Kurzhalten der Kopfhaare und zweimal täglich zu wiederholenden energischen heifsen Seifenwaschungen gefolgt von Applikation 10%iger Schwefelzink- oder 10%iger Resorcinzink- oder LASSARscher Schälpaste oder dgl. Die erkrankten Haare müssen in Zwischenräumen von wenigen Tagen epiliert werden. Beim Versagen dieser Therapie ist Röntgenbehandlung zu versuchen.

Die Akne decalvans, Folliculite épilante, Alopécies cicatricielles innominées unterscheiden sich von der Pseudopelade durch die Intensität des entzündlichen Prozesses, der der narbigen Atrophie vorausgeht, und vom Ulerythema dadurch, dafs sich meist multiple gröfsere oder kleinere Herde bilden; die Knötchen und Pusteln, welche die Plaques ebenso wie beim Ulerythema umgeben, konfluieren nicht. Differentialdiagnostisch kommt bei diesen Affektionen hauptsächlich die Form des Favus in Betracht, der unter dem Bilde einer fleckförmig auftretenden narbigen Kahlheit mit peripherer chronischer Folliculitis auftritt; lange Zeit wurde sogar die Akne decalvans als atypischer Favus gedeutet. Prognose und Therapie sind die gleichen wie beim Ulerythema.

3. **Über Menstrualexantheme,** von PAUL OPEL - Leipzig. Übersicht über die bisherige Literatur der Menstrualexantheme, die nach neueren Autoren, besonders nach H. W. FREUND, durch die periodischen Geschlechtsvorgänge ausgelöst werden, also ebenso wie die Menses Begleiterscheinungen dieser Prozesse sind. Als Menstrualexantheme wurden bisher beschrieben Hypertrichosis, Follikulitiden (Akne, Furunkel, Hordeolum), Erytheme (Erysipeloide, Erysipèle cataménial), echte Gesichtserysipele, die aber doch wohl als schwere, auf Hyperämie mit Exsudation beruhende menstruelle Dermatitiden betrachtet werden müssen, Erythema exsudativum multiforme, Erythema nodosum, Ekchymosen, Purpura, Hämatidrosis, Pigmentierungen, Herpes, Urticaria, Ekzeme, besonders auch Exacerbationen bestehender Ekzeme, akutes umschriebenes Hautödem und Pruritus.

Im Anschlufs an diese Zusammenstellung berichtet O. kurz über drei in Leipzig beobachtete Fälle von Menstrualexanthemen. Der eine betraf eine 35jährige, leicht erregbare Frau, bei der sich mit Beginn der Menses eine typische, vier bis fünf Tage andauernde Urticaria einstellte. Die Frau hatte leichten Fluor aus der Cervix und eine deutliche Anteflexio uteri; das Exanthem blieb aus, als der Katarrh beseitigt und die Gebärmutter aufgerichtet war. Im zweiten Falle handelt es sich um eine 33jährige Frau, bei der vor der unregelmäfsigen Menstruation Herzklopfen und Hautjucken und seit einem halben Jahre typische Anfälle von Erythema nodosum auftraten; während

des Bestehens der Knoten, die anfänglich acht Tage nach der Menstruation verschwanden, jetzt aber noch nach 14 Tagen deutlich sichtbar sind, leidet die Frau an Fieber, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Mattigkeit und Stuhlverstopfung. Endlich beobachtete H. noch bei einer 31jährigen Frau mit vergröfsertem linken Ovarium das Auftreten eines Herpes labialis vor fast jeder Menstruation.

Die Ätiologie der Menstrualexantheme ist keine einheitliche; sehr viele Fälle sind durch Erkrankungen der Genitalien bedingt, andere entstehen infolge nervöser Einflüsse, auf reflektorischem Wege durch Reizung des Uterus oder infolge von Störungen der Ernährung und der Nerventätigkeit, die durch physiologische Vorgänge bei der Menstruation verursacht sind.

4. **Gedenkrede auf Professor Oscar Lassar**, gehalten in der Berliner dermatologischen Gesellschaft am 14. Januar 1908 von O. Rosenthal.

Götz-München.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

1908. Band V, Heft 2.

Über eine komplizierte Form von Blennorrhoe, von L. Straschnow-Leitmeritz. Krankenbericht über einen Fall von Blennorrhoe, der durch minimale Fistelbildungen an der Pars glandularis mehrfach rezidivierte. Erst nach Verödung dieser Ablagerungsstätten der Gonokokken mittels Galvanokaustik und Jodtinktur heilte die Affektion definitiv aus.

Phagocytin als Ersatz für Quecksilber in der Luestherapie, von P. Schütte-Magdeburg. Unter der Bezeichnung Phagocytin stellt das physiologische chemische Laboratorium Hugo Rosenberg in Charlottenburg ein Präparat von reinem nukleinsaurem Natrium zur subcutanen Injektion her. Die jedesmalige Dosis von 0,05 ist gebrauchsfähig in sterilisierter Lösung in kleinen Phiolen eingeschlossen. Man gibt täglich eine resp. in hartnäckigen Fällen zwei Einspritzungen. Wie der Name andeutet, will man damit eine Vermehrung der Phagocyten, eine Hyperleukocytose erzielen. Verfasser hat in sechs Monaten an einigen 20 Luetikern das Mittel verwendet und erklärt sich mit den Erfolgen sehr zufrieden. Üble Nebenwirkungen hat er nicht konstatiert. Das Mittel sei auch bei anderen septischen und infektiösen Erkrankungen entschieden zu empfehlen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. XII, Nr. 2.

I. **Klinische Bemerkungen über die modernen Methoden der Feststellung von Steinen in den Harnwegen**, von Reginald Harrison-London. Wert der Cystoskopie und Röntgendurchleuchtung.

II. **Bakterienimpfung bei der Blennorrhoebehandlung**, von Willard H. Hutchings-Detroit. Die Kombination von Opsoninbehandlung und lokaler Blennorrhoebehandlung gibt gute Resultate. Dabei zeigt die von der betreffenden Person entnommene Lymphe keine Überlegenheit gegenüber der Stammlymphe.

III. **Zur Behandlung der Urethritis**, von Joseph B. Bissell-New York. Dadurch, dafs die Behandlung meist ambulatorisch ist, erfordert sie besondere Fürsorge des Arztes für den Patienten zwecks Vermeidung der Komplikationen.

IV. **Behandlung der Akne vulgaris**, von James M. King-Nashville.

V. **Beobachtungen bei Cystoskopie und Ureterenkatheterismus**, von Amos W. Abbott-Minnesota.

VI. **Röntgenbehandlung der Akne vulgaris**, von J. RUDIS-SICINSKY - Cedar Rapids. Die bisherigen lokalen und allgemeinen Behandlungsmethoden der Akne haben für mildere Fälle im allgemeinen auch weiterhin ihre Berechtigung; für chronisch-schwere Fälle ist die Röntgenbehandlung zu bevorzugen, welche auch bei Akne rosacea die besten Erfolge gibt.

VII. **Hyperinose als Todesursache in einem Falle von chronischer parenchymatöser Nephritis**, von ALLARD MEMMINGER-Charleston.

VIII. **Cystoskopie als Hilfsmittel zur Bestimmung der Herkunft von Blut im Harn**, von ALFRED M. WOSE-Syracuse. Mitteilung von Krankheitsgeschichten, in denen als Quelle der Blutung cystoskopisch Blasencarcinom, frische traumatische Schleimhautläsion, tuberkulöse Cystitis u. a. festgestellt werden konnte.

IX. **Wichtigkeit individualisierender Behandlung der spezifischen Urethritis**, von MARTIN KROTOSZYNER-San Francisco.

X. **Anwendung von Acidum tannicum bei Dermatitis venenata und Ekzema vesiculosum**, von GUY C. KINNAMAN-Chicago. Als Streupulver mit Zincum oxydatum oder Talcum, als Salbe und als wässerige 5—15%ige Lösung tut das Acidum tannicum gute Dienste.

XI. **Thesen über die Wanderniere**, von EMERY LANPHEAR-St. Louis.

XII. **Neue Behandlungsart der Lepra durch Züchtung der Phagocyten zur Heilung durch subcutane Inokulationen von reinen Hefekulturen und toten Bazillen**, von ALBERT S. ASHMEAD - New York. Die eingehend beschriebene Methode führte in einem Falle von Lepra zur Beseitigung der Erscheinungen.

XIII. **Die Anwendung der neueren Silbersalze in der Blennorrhoebehandlung**, von WIENFIELD AYRES - New York. Als bakterizide Präparate empfiehlt A. das Silbervitellin, Silberproteid und Silberfluorid.

XIV. **Bewährte Rezeptformeln**, von WALTER IRWIN LE FEVRE-Cleveland.

XV. **Glycerinverbände zur Eiterverhütung**, von HOWARD LILIENTHAL-New York. Wegen seiner hygroskopischen Eigenschaft will der Verfasser das Glycerin zur Tamponade von Wunden empfehlen.

XVI. **Die Behandlung der akuten Pyelitis**, von PAUL M. PILCHER-Brooklyn. Kasuistik.

XVII. **Behandlung der Plaques muqueuses**, von HOWARD PAXTON COLLINGS-Hot Springs.

XVIII. **Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe**, von HENRY G. SPOONER-Boston. Sammelreferat. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

März 1908.

Die Beziehungen zwischen Lupus erythematosus und Erythema multiforme, mit einem illustrierenden Fall von JAMES GALLOWAY und J. M. H. MACLEOD. Der Fall, welcher die Grundlage zur vorliegenden Arbeit bildete, betraf eine 27jährige Kleidermacherin, bei der die an Gesicht und Händen sitzenden Veränderungen einen innigen Zusammenhang zwischen Erythema multiforme circinatum und akutem Lupus erythematosus annehmen liefsen; an den Fingern waren eine folliclisartige und an den Beinen charakteristische Erscheinungen von Erythema induratum vorhanden. Verfasser schliefsen nach genauerer Betrachtung des Falles, dafs gewisse Fälle von Lupus erythematosus und gewisse Typen von Erythema multiforme so nahe verwandt sind, dafs sie als das Endstadium einer Kette durchgehender Erscheinungen zu betrachten sind. Beide Affektionen sind auf Toxine verschiedener Art und verschiedener Virulenz

zurückzuführen. Bei Erythema multiforme haben wir es mit einem virulenten Toxin zu tun, das auf ein Individuum mit relativ gesunder Zirkulation einwirkt, während bei Lupus erythematosus das Toxin weniger virulent ist und auf ein Individuum mit schlechter peripherer Zirkulation einwirkt. Bei ersterem ist die Reaktion akut und vorübergehend, beim Lupus erythematosus eine prolongierte, und da sie Gewebe mit fehlerhafter Zirkulation trifft, führt sie zu zerstörenden Veränderungen derselben und Atrophie. Die genaue Natur der betreffenden Toxine, welche direkt für solche Fälle verantwortlich sind, ist noch unsicher. Die eben angeführten Schlufsfolgerungen beziehen sich nur auf gewisse Fälle von Lupus erythematosus und es gibt nach Verfasser Ansicht noch andere Fälle, welche wahrscheinlich auf äufsere Ursachen zurückzuführen sind. Die bezügliche, von Verfassern studierte Literatur umfafst 19 Arbeiten.

Stern-München.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1908. Band I, Heft 2.

1. **Veränderungen der zweiten Niere bei einseitiger Nierentuberkulose,** von J. Albarran.

2. **Neuer Lithotriptor verbunden mit einem Cystoskop,** von George Walker-Baltimore. Die cystoskopischen Lithotriptoren von Nitze, Bierhoff und von Casper haben nach W. den Nachteil, dafs der Schnabel des Instruments zwischen Prisma und dem Untersuchungsobjekt, dem Blasenstein, zu liegen kommt, und dafs sie zu schwach gebaut sind, um auch nur einigermafsen härtere und gröfsere Steine zertrümmern zu können. Nun hat W. einen neuen cystoskopischen Lithotriptor konstruiert, bei dem die Lichtstrahlen der Cystoskoplampe zwischen den geöffneten Lithotriptorarmen austreten; das Instrument ist so solid und fest, dafs es alle Steine mit Ausnahme der Oxalatsteine zertrümmert

Heft 3.

1. **Neue Beiträge zur Physiologie des Hodens und der Prostata.** von N. Serralack- und Martin Parés-Barcelona. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Instrument zur intravesikalen Messung der Prostata,** von F. Cathelin. Bei Prostatahypertrophie wird die Wahl des operativen Verfahrens häufig durch die Gröfse des mittleren Lappens bestimmt, die aber bisher mittels bimanueller und cystoskopischer Untersuchung nur annähernd festgestellt werden konnte. C. hat nun ein einfaches Instrument zur intravesikalen Messung des mittleren Prostatalappens ersonnen. Es besteht aus zwei katheterförmigen Teilen, die wie die Arme eines Lithotriptors ineinandergefügt sind; die beiden den Schnabel bildenden Blätter haben Merciersche Krümmung. Mittels einer aufsen angebrachten Scheibe kann der untere Arm um die Querachse des Instruments gedreht werden, so dafs das untere Blatt dem oberen entgegengesetzt verläuft; nach vollzogener Drehung läfst sich der untere Arm in einer Rinne, die an der unteren Fläche des oberen Schaftes verläuft, vor- und zurückschieben. Am äufseren Ende des unteren Armes sind fünf Centimetermarken angebracht.

Das Instrument wird, nachdem die Blase gespült und mit Wasser gefüllt worden ist, wie ein Katheter eingeführt, darauf gedreht, so dafs der Schnabel nach unten gerichtet ist, und so weit zurückgezogen, bis man Widerstand fühlt; der Schnabel liegt dann an der hinteren Fläche des Mittellappens. Nun wird das untere Blatt durch Umdrehen der Scheibe nach oben gestellt und durch Herausziehen der Scheibe bis an die Symphyse gebracht; die Gröfse des Zwischenraums zwischen den beiden

Teilen des Schnabels, die sich an dem Zentimetermafs ablesen läfst, entspricht genau der Gröfse des mittleren Prostatalappens.

Durch Drehung des Apparates um 30° nach rechts und links kann auch die intravesikale Ausladung der seitlichen Lappen annähernd gemessen werden. Aufserdem aber ist das Instrument sehr gut zum Aufsuchen von Steinen hinter einem vergröfserten mittleren Prostatalappen zu verwenden. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VIII. Nr. 6.

Die ärztliche Überwachung der Prostituierten in Paris im Jahre 1906, von L. Butte - Paris. Verfasser verteidigt durch Zahlenbelege seinen oftmals vertretenen Standpunkt, dafs die heimlich Prostituierten die ärgsten Verbreiterinnen der venerischen Krankheiten sind. Im Jahre 1906 wurden im Krankenhaus Saint-Lazaire aufgenommen 662 Syphiliskranke und 702 Patientinnen mit sonstigen venerischen Affektionen. Aus den 42 Bordellen von Paris mit 420 Insassinnen wurde kein Fall von Syphilis und nur fünf mit sonstiger Erkrankung eingeliefert. Von den unter Kontrolle stehenden 5776 alleinwohnenden Prostituierten wurden 68 bei der regelmäfsigen ärztlichen Visite und 170 nach dem Arretieren als syphilitisch nachgewiesen (also etwa 4,1 %). Von den auf 1886 geschätzten nichteingeschriebenen Prostituierten kamen 424 als syphilitisch und 455 als sonst venerisch erkrankt zur Behandlung. Dieser Prozentsatz von 22,4 % zeigt gegen das Jahr 1905 mit 18,9 % eine recht bedeutende Zunahme. B. wirft der Polizeibehörde vor, dafs gerade diese gefährlichsten jugendlichen Personen am wenigsten beaufsichtigt werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1907. Heft 10.

I. **Das Epitheliom aktinischen Ursprungs. Wodurch ist die Mortalität beim Epitheliom der Haut bedingt?** Von Leredde.

II. **Der Einflufs des Lichtes auf die Entstehung des Hautcarcinoms,** von James Nevins Hyde. Aus dem Englischen übersetzt von René Martial. Nevins Hyde hat ausführliche Untersuchungen über die Verbreitung des Hautcarcinoms bei den weifsen und den farbigen Bewohnern der Vereinigten Staaten und bei den Angehörigen verschiedener Berufsarten vorgenommen und ist dabei zur Überzeugung gelangt, dafs den chemisch wirksamen Lichtstrahlen eine nicht unbedeutende Rolle bei der Entstehung der Hautkrebse zukommt. Er zieht aus seinen Studien folgende Schlüsse:

1. Die Haut des menschlichen Körpers zeigt, jedoch nur bei einer bestimmten Anzahl von Individuen, eine Hypersensibilität gegenüber den aktinischen Strahlen des Spektrums.

2. Diese Hypersensibilität kann sich äufsern durch die Entstehung von Hyperämie, Pigmentierung, Teleangiektasien, Atrophie, Hyperkeratose oder Hautcarcinomen oder auch durch die nach einander, in bestimmten Zwischenräumen erfolgende Bildung all der genannten Veränderungen.

3. Bei der unter dem Namen Xeroderma pigmentosum bekannten infantilen Carcinomatose stellen Pigmentierung, Teleangiektasien, Atrophie, Hyperkeratose und Hautcarcinome die ersten Manifestationen der sehr selten vorkommenden Krankheit dar; sie sind die Folge einer Bestrahlung mit Sonnenlicht.

4. Pigmentierung, Teleangiektasien, Atrophie, Hyperkeratose und Hautcarcinome sind bei Erwachsenen viel häufiger als bei Kindern, eine Reaktion der Haut auf die Einwirkung der aktinischen Lichtstrahlen tritt am häufigsten nach Ablauf des mittleren Lebensalters auf.

5. Die physiologische Pigmentierung der farbigen Rassen scheint eine relative Immunität gegen Carcinomatose der Haut zu gewähren.

6. Auch an Carcinome der übrigen Organe erkranken die farbigen Rassen, anscheinend wenigstens, seltener als die weifsen. Diese relative Immunität könnte durch den Schutz bedingt sein, den das Hautpigment gegen die aktinischen Lichtstrahlen bildet.

Leredde meint in der kurzen Einleitung, die er den Ausführungen Nevins Hydes vorausschickt, dafs die auch von diesem hervorgehobene hohe Mortalität bei Hautcarcinom zum Teil auf die ungenügende dermatologische Ausbildung der Ärzte zurückzuführen ist, zum anderen Teile aber auf die Sucht der Dermatologen, immer neue Behandlungsmethoden zu finden; statt dessen sollten die Technik der gebräuchlichen Methoden verbessert und ihre Indikationen und Kontraindikationen genauer präzisiert werden. Die Bedeutung der aktinischen Strahlen für die Entstehung der Hautcarcinome überschätzt Nevins Hyde nach Ansicht Lereddes.

III. **Die Serodiagnostik der Syphilis,** von G. Levaditi. Beschreibung der von Bordet und Gengou gefundenen biologischen Methode der Serodiagnostik und der auf ihr fufsenden Serodiagnostik der Syphilis durch den Nachweis der Komplementbindung nach Wassermann. L. hat sich gleich zahlreichen anderen Autoren von dem spezifischen Charakter der Reaktion überzeugt; an ihrer praktischen Verwertbarkeit kann seiner Ansicht nach kein Zweifel sein. Die Tatsache, dafs im Liquor cerebrospinalis syphilitische Antikörper bei beginnender Paralyse nur selten (in 10% der Fälle), bei bettlägerigen, geschwächten Paralytikern mit vorgeschrittenen psychischen und physischen Störungen dagegen fast immer (in 95% der Fälle) vorhanden sind, hat L. auf die Idee gebracht, dafs die spezifischen Stoffe durch die mononukleären Leukocyten produziert werden, nicht aber, wie Wassermann und Plaut annehmen, durch die Gehirnzellen, die schon viel zu stark geschädigt sind, als dafs sie noch sezernieren könnten.

Heft 11.

1. **Bie Bedeutung der strengen vegetarianischen Diät für die Behandlung der Psoriasis,** von L. Duncan Bulkley. Referat erstattet beim VI. internationalen Dermatologenkongrefs in New York (September 1907). Aus dem Englischen übersetzt von René Martial. Der Verfasser hat schon auf dem I. internationalen Dermatologenkongrefs im Jahre 1889, gestützt auf zahlreiche Beobachtungen, die Behauptung aufgestellt, dafs starker Fleischgenufs zur Verschlimmerung einer bestehenden Psoriasis führt, während die Hautveränderungen verschwinden, wenn der Fleischgebrauch eingeschränkt oder ganz eingestellt wird. Seitdem hat sich D. B. wiederholt davon überzeugt, dafs bei strengster vegetarianischer Diät eine vorhandene Psoriasis auch ohne lokale Behandlung abheilt und Rezidive ausbleiben, dafs dagegen bei interkurrentem Fleischgenufs stets eine neue Eruption auftritt; er versucht diese Erscheinung durch den Nachweis bestimmter Störungen des Stoffwechsels, speziell des N-Stoffwechsels bei Psoriatikern zu erklären. Um den Erfolg vollständig zu machen und rasch zu einem Resultat zu kommen, verbindet D. B., wo es nötig erscheint, mit der vegetarianischen Diät interne und lokale Behandlung; er betont übrigens, dafs „es Grenzen für seine Methode gibt, und dafs die Behandlung mit Sorgfalt und Verständnis geleitet werden mufs.“

2. **Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Béraneckschem Tuberkulin,** von Lassueur-Lausanne. Das Béranecksche Tuberkulin ist eine Mischung von Toxinen, hergestellt aus Kulturen besonderer Art und Toxinen, die mittels 1%iger Orthophosphorsäure aus den Bazillen extrahiert werden; es wirkt immunisierend und tötet in konzentrierter Lösung die Tuberkelbazillen, während es stärker verdünnt die Bazillen nur schwächt; es kommt in 15 verschiedenen, mit physiologischer Kochsalzlösung bereiteten Verdünnungen in den Handel. L. injiziert dreimal wöchentlich direkt in einen Lupusherd; er beginnt mit 1/10 ccm einer starken Verdünnung und steigt bei jeder Einspritzung um 1/10 ccm, bis er zu 1 ccm gelangt ist, dann wird 1/10 ccm der nächsten, doppelt so starken Lösung injiziert und in der gleichen Weise gestiegen. Die ganze Skala der verschiedenen Lösungen anzuwenden, ist nicht nötig. Die Einspritzungen verursachen keine Schmerzen und in der Regel auch keine örtliche oder allgemeine Reaktion; nur ausnahmsweise, namentlich wenn nach längerer Unterbrechung der Behandlung mit den Einspritzungen in der gewöhnlichen Weise fortgefahren wurde, beobachtete A. Fieber und lokale Reizerscheinungen. L. hat durch diese Injektionen in drei Fällen von Lupus vulgaris Heilung erzielt, die durch Abbildungen veranschaulicht wird; wenn die Zahl der Fälle auch zu klein ist, um weitgehende Schlüsse zu erlauben, so hält L. auf Grund seiner Erfahrungen sich doch für berechtigt, den Gebrauch des Béraneckschen Tuberkulins zu empfehlen.

Heft 12.

1. **Rosacea**, von Unna. Nach dem Manuskript aus dem Deutschen übersetzt von René Martial. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Interessante Beobachtungen aus der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis der kaiserlichen Akademie für Medizin in Konstantinopel,** von Grosmann. Initialsklerosen am Lidrand und an der Wange, beide erzeugt durch den Speichel eines Mannes, der syphilitische Veränderungen der Mundschleimhaut aufwies. Dieser hatte im Streit eine gesunde Frau angespuckt und bei einem Kinde einen Karbunkel an der Wange mit seinem Speichel angefeuchtet; die Folge war bei der Frau eine Initialsklerose am Lidrand, bei dem Kinde eine Sklerose an der Wange.

Ein Fall von schwerer symmetrischer Gangrän der Füſse, verursacht durch Arteriitis obliterans syphilitica. Bei einem 31jährigen Manne, der sich vor acht Jahren luetisch infiziert und nur eine ganz ungenügende spezifische Behandlung durchgemacht hatte, stellte sich anfallsweise auftretende Cyanose und Gefühllosigkeit der Finger und vier Wochen später, ohne jede Vorboten, Gangrän der Zehen des linken Fuſses ein; der Prozeſs kam nach Abstoſsung einiger Phalangen zum Stillstand. Nach drei Monaten entstand am rechten Fuſs eine sehr heftig einsetzende Gangrän, die auf den Unterschenkel übergriff und die Amputation dicht unter dem Kniegelenk nötig machte. Die anatomische Untersuchung ergab, daſs eine Arteriitis obliterans syphilitica die Ursache der Gangrän war. Drei Monate nach der Operation wurde bei dem Kranken eine Herniotomie vorgenommen; im Anschluſs daran trat im linken Fuſse Gefühl von Ameisenkriechen auf, bald darauf wurde die groſse Zehe gangränös, und trotz Quecksilbereinspritzungen und Verabreichung von Jodkalium dehnte sich der Prozeſs immer weiter aus, so daſs auch der linke Unterschenkel amputiert werden muſte.

Ausgedehnte Sklerodermie bei einem jungen Mädchen. Der Fall war durch eine fast universelle Melanodermie ausgezeichnet; nach Aussage der Patientin ist die Verfärbung vor den anderen Krankheitserscheinungen, der Sklerodaktylie, der Atrophie der Fingerendphalangen und der Induration der Arme und des Halses aufgetreten.

Zwei Fälle von Syphiliskachexie, durch Atoxyl rasch gebessert. Bei einem 26jährigen, stark kachektischen Manne mit ekthymatösem Syphilid und syphilitischer Glossitis wurden, da wegen einer Albuminurie nichtluetischer Natur Behandlung mit Quecksilber nicht angängig war, Atoxylinjektionen gemacht; der Erfolg war ein sehr guter, der Allgemeinzustand besserte sich rasch, die Hautaffektion heilte ab, nur die Glossitis blieb unbeeinflufst. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Frau, die als Amme von einem Säugling luetisch infiziert worden war. Die Frau, bei der Plaques muqueuses auf den Lippen und der Zunge und ein generalisiertes papulöses Syphilid auftraten, magerte aufserordentlich stark ab; sie wurde durch Atoxininjektionen geheilt.

Ein Fall von Lupus vulgaris des Ohrläppchens, verursacht durch Einführung eines Ringes, den eine tuberkulöse Frau mit ihrem Speichel angefeuchtet hatte, in die frisch angelegte Perforation des Ohrläppchens.

Subkutane und kutane Sporotrichose (Beurmann). **Ein Fall von Hydroa vacciniforme;** bei der Patientin bildeten sich im Frühjahr und zuweilen auch im Sommer papulös-vesikulöse Effloreszenzen, die aber ohne Narbenbildung abheilten. (Also ein Fall, der zur Gruppe Hydroa aestivale vesiculo-bullosum gehört. Ref.)

Götz-München.

Bücherbesprechungen.

Vergleichende Volksmedizin, von O. v. Hovorka und A. Kornfeld. Mit einer Einleitung von M. Neuburger. (Strecker & Schroeder, Stuttgart 1908.) Das in 28 Lieferungen erscheinende Werk bezweckt eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zaubermedizin. Es will in erster Linie die vom ethnographischen und folkloristischen Standpunkte wichtigen und interessanten Tatsachen der Volksmedizin der Vergessenheit und dem sicheren Untergang entreifsen und dann aber auch über den Nutzen und Schaden der Volksmittel vom ärztlichen Standpunkte aufklären und schädlichen Aberglauben und Kurpfuschertum bekämpfen.

Das vorliegende erste Heft, mit Abbildungen reich ausgestattet, beginnt mit der Lehre von den Ursachen, dem Wesen und der Behandlung der Krankheiten, nach Schlagwörtern in alphabetischer Reihenfolge geordnet. Ihm folgen später Abschnitte über innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe, Frauen-, Kinder-, Haut-, Augen-, Ohrenkrankheiten, Zahnheilkunde und Zaubermedizin. *Schourp-Danzig.*

Atlas der venerischen Affektionen der Portio vaginalis uteri und der Vagina, von M. Oppenheim - Wien. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1908.) In seinem Begleitwort zu diesem Atlas sagt Prof. E. Finger, dafs derselbe zweifellos eine Lücke ausfüllt, deren Vorhandensein sowohl von Syphilidologen wie von Gynäkologen und von Gerichts- und Polizeiärzten schon des öfteren empfunden worden sein dürfte. Referent möchte diesem Urteil durchaus beistimmen. Das Werk illustriert mit 51 farbigen Abbildungen ein reiches Material von venerischen Läsionen sowie behufs differentialdiagnostischen Vergleichens einige nicht venerische Affektionen. Zu letzteren gehören vier Bilder aus Heitmanns „Spiegelbilder der Vaginalportion", welche Erosionen und Ectropium darstellen, und die Tafeln mit Herpes portionis vaginalis und Ulcera aphthosa. Im übrigen sind wiedergegeben: Macula blennorrhoica und Leuko-

plakie, Condylomata, Ulcera venerea, Primäraffekte, syphilitische Maculae und Papeln sowie Gummata. Zu jeder Abbildung gibt Verfasser mit einigen kurzen übersichtlichen Zügen die Krankengeschichte und die nötigen Erläuterungen. Auch ist die Therapie, soweit sie die Lokalbehandlung betrifft, angegeben. Man ersieht aus dieser Aufzählung, daſs hier ein reichliches Maſs von praktisch verwertbarem Material zur klinischen Belehrung geboten ist. Da auch die Ausführung der Illustrationen ganz auf der Höhe der Zeit steht, kann man das Buch mit gutem Gewissen jedem Interessenten wärmstens empfohlen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Balneotherapie bei Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der bei Hautkrankheiten vorkommenden inneren Störungen, von B. Spiethoff-Jena. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1908. Nr. 2.) Vortrag in der Generalversammlung des Thüringer Bädertages in Bad Sulza, in dem Verfasser die bei verschiedenen Dermatosen indizierten Bäder (Schwefel- und Jodbäder, Wild-, Sol-, Moor- und kohlensaure Bäder), Brunnen- und klimatischen Kuren bespricht. Im Anschluſs wird auch der Luft- und Sonnenbäder gedacht. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Diätetische und physikalische Therapie bei Hautkrankheiten, von Esch-Bendorf. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 45.) Verfasser hatte Gelegenheit, eine gröſsere Reihe von Ekzemfällen durch Allgemeinbehandlung, d. h. Regelung der Diät und Verdauung unter Bevorzugung der vegetabilen Kost, durch hydropathische Maſsnahmen, Luftbäder usw. zur Heilung zu bringen, wobei von lokalen Maſsnahmen „lediglich“ ansaugende, gut ausgedrückte feuchte Verbände zur Anwendung kamen. (Leider fehlen in der Arbeit nähere Details über die Art der Ekzeme; akute Formen könnten sehr gut unter dieser „lediglich“ ansaugenden Therapie auch ohne Allgemeinbehandlung abheilen. Ref.) *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Behandlung bakterieller Infektionen mittels Vaccine, von G. T. Western-London. (*Lancet.* 16. Nov. 1907.) Die bisherigen Beobachtungen über die Behandlung mit Vaccinen (das Wort in weiterem Sinne gebraucht) beziehen sich hauptsächlich auf Lupusfälle und sonstige tuberkulöse Hautleiden. Solcher Art waren auch 200 der 250 Fälle, welche dem Verfasser als Beobachtungsmaterial dienten. Den Lesern der Monatshefte wird aus der Arbeit von Williams und Bushnell über Opsonine (wobei Western zitiert wird) bekannt sein, daſs Lupuskranke meistenteils eine verminderte Resistenzfähigkeit, einen niedrigen Opsonin-Index, für den Tuberkelbacillus darbieten. Durch zweckmäſsige, nicht zu ausgiebige und nicht zu rasch aufeinander folgende Injektionen von Tuberkulin (T. R.) unter Berücksichtigung des Opsonin-Index hat W. eine groſse Zahl von guten Erfolgen erzielt. Seine sonstigen Fälle betrafen Erythema induratum, Akne, Furunkulosis und Karbunkel sowie zwei Fälle von Cystitis mit Bacillus coli communis. Die ziemlich ausführlich beschriebenen Untersuchungen bestätigen die bereits publizierten Resultate anderer Forscher auf diesem neuen aber viel versprechenden Gebiete. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Bierscher Stauung, von Moriz Oppenheim. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 19.) Auf Grund der Versuche, welche an der Fingerschen Klinik seit zwei Jahren mit der Bierschen

Stauung- und Saugtherapie angestellt werden, lassen sich folgende Resultate feststellen: Diese Behandlung leistet gute Dienste bei allen akuten eitrigen Infektionen der Haut, wie Furunkeln, Abscessen usw., bei entzündeten und vereiternden Lymphdrüsen; wärmstens kann sie empfohlen werden bei Arthritis blennorrhoica und Ulcera gummosa cruris. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung akuter Entzündungen mit Hyperämie nach Bier, von Paul Bonheim. (*Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst.* Bd. VII, Heft 12.) An der Hand von fast 800 mit Hyperämie nach Bier behandelten Fällen glaubt B. die Methode ambulant empfehlen zu können, solange die Krankheit als solche sich zur ambulanten Behandlung eignet. Sicher ist, dafs die Hyperämiebehandlung in vielen Fällen im Stich läfst, dafs sie in schweren virulenten Eiterungsprozessen — Arthritis blennorrhoica, Sehnenscheidenphlegmonen — ab und zu versagt, dafs sie aber in den meisten mittelschweren Fällen zum Ziel führt, in einigen Fällen geradezu erstaunliches leistet unter erheblicher Abkürzung der Heilungsdauer. *Schourp-Danzig.*

Zur allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten, von M. Joseph-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 19.) Nach allgemeinen Gesichtspunkten bespricht Verfasser in diesem Fortbildungsvortrag die Anwendung des Wassers, der Bäder (mit und ohne Medikamente), der Seifen, Salben, Pasten, das Linimentum exsiccans, Gelanthum, Zinkleim, die Schüttelmixturen, Paraplaste, das Unguentum Caseini, die keratoplastischen und die keratolytischen Mittel, die Schälpasten und die verschiedenen Juckstillungsmittel. Unter letzteren nennt er die Tinct. benzoës, welche unverdünnt aufgepinselt ihm oft gute Dienste geleistet hat. Aufserdem empfiehlt er:

℞ *Bromocoll. solub.*	10,0		℞ *Bromocoll.*	5,0
Zinc. oxydat. amyl. ā 20,0		oder:	*Euguform*	3,0
Glycerin	30,0		*Menthol*	2,0
Aqu. dest.	ad 100,0		*Fetron*	ad 50,0.

Im wesentlichen enthält der Aufsatz mehr ein Resumé altbewährter Erfahrungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die allgemeine Therapie der Geschlechtskrankheiten, von M. Joseph-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 25.) Bei der Blennorrhoe hat, sobald der Nachweis von Gonokokken geliefert ist, die antiseptische Behandlung einzusetzen, wobei J. das Albargin in 0,1—0,3%iger Lösung bevorzugt, und auf ein mehrmaliges (6—8) Einspritzen täglich bei Retention bis zu 30 Minuten grofsen Wert legt. Zur Linderung der Schmerzen dient die innerliche Darreichung von Sandelholzöl (0,3 in Kapseln ter-quater die) oder Santyl (10—15 Tropfen 3—4mal täglich). Wenn die Gonokokken mehrere Tage lang nicht mehr nachweisbar sind, geht man allmählich zu Kal. permangan. (0,01—0,1 : 200,0) neben dem Albargin und schliefslich zum Magist. bismuth. (3,0—5,0 : 200,0) über. Bei Blennorrhoea acut. post. setzt die Injektionstherapie aus und innere Mittel, Balsamica, Salol, Fol. uvae ursae werden verabreicht. Für die chronischen Formen kommen die Janetschen Spülungen (Albargin 1 : 1000) zur Anwendung. Bei Prostatitis ist ein nützliches Rezept:

℞ *Ammon. sulfo-ichthyolic.* 0,5
(oder *Morph. mur.* 0,015)
(oder *Kal. jodat.* 0,5)
Pulv. agar. neutr. q. s.
Misc. exact. f. suppos.

Das Ulcus molle wird am besten mit Acid. carbol. liquefact. (als Träger dient ein mit Watte umwickeltes Streichholz) täglich oder jeden zweiten Tag geätzt, bis in drei bis vier Tagen eine reine, gut granulierende Wunde entstanden ist. Das beste

Streupulver ist noch immer das Jodoform. Mit Ol. lign. sassafras gutt. I auf Jodoform. 5,0 kann es, falls nichts auf die Kleider verstreut wird, immer gut verwendet werden. Bubonen behandelt J. vorzugsweise mit Bierscher Stauung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Behandlung frischer Wunden, von Georg Meyer. (*Zentralbl. f. Chir.* 1907. Nr. 33.) Verfasser empfiehlt, um das Ankleben von Mullfasern zu verhindern, frische Wunden mit Zuckerpulver zu verbinden; er sterilisiert den Zucker bei 140° und setzt ihm 2% Salicylsäure zu. So erzielt man gut ausgetrocknete, einfarbig rote Granulationen. Auch Fingerquetschungen, Sehnen- und Gelenkverletzungen heilen so schnell. In Höhlen- und Weichteilenwunden schiebt er passend geformte Zuckerstücke in stark gelochten Drainrohren hinein. Nicht passend ist die Zuckerbehandlung für verunreinigte und zu Blutungen neigende Wunden.

F. Hahn-Bremen.

Mitteilung zur Technik der Thierschschen Transplantation, von Försterling. (*Zentralbl. f. Chir.* 1907. Nr. 21.) Auf der Schlangeschen Abteilung in Hannover werden die Granulationen der zu deckenden Fläche mit dem Skalpell abgetragen und dann möglichst grofse Hautstücke aufgelegt, diese werden zur Erleichterung des Sekretabflusses mit der Schere gefenstert, doch wird das Hautstückchen nicht exzidiert, sondern nur aufgeklappt; dann wird Jodoform oder irgendein Pulver aufgestreut und trocken verbunden. *F. Hahn-Bremen.*

Heftpflaster zur Behandlung gewisser äufserer Affektionen und Verletzungen, von B. Hutchins-Atlanta. (*New York med. Journ.* 5. Okt. 1907.) Gegen alle Regeln der Antisepsis empfiehlt H. bei Behandlung von Furunkeln, oberflächlichen Abscessen usf. direkt auf die Wunde Heftpflaster aufzulegen. Er verfährt dabei in der Weise, dafs soviel Eiter als bei spontaner Öffnung möglich ist, entfernt wird und er sich nicht scheut, auch den Eiter „auszudrücken", dann mit 95%iger Karbollösung auswäscht und schiefslich die Wunde mit dem Heftpflaster bedeckt. Dasselbe wird gewechselt, sobald es verunreinigt ist (was der Patient also selbst mehrmals am Tage vornehmen mufs! Ref.); bei Nacht kann ein feuchter Umschlag mit 2—3%iger Karbolsäure gemacht werden. Bei jedem Verbandwechsel mufs aller entleerte Eiter entfernt und dann mit konzentrierter Karbollösung ausgewaschen werden, ohne aber danach Alkohol zu verwenden. Einen Vorteil seiner Methode glaubt H. besonders darin zu sehen, dafs es meist bei dem einen Furunkel sein Bewenden hat, dafs in 100% der Fälle kein weiterer nachfolgte und ferner bei der Geringfügigkeit der Wundöffnung die Narbe eine kaum sichtbare wird. Nach den angeführten elf Fällen scheinen die Erfolge der Pflastermethode (die übrigens ziemlich alt ist) sehr gute zu sein, während die übliche „chirurgische" Behandlung schmerzhaft, viel längere Zeit beanspruchend sei und oft entstellende Narben hinterlasse. *Stern-München.*

Granulationsbehandlung, von Franz Riedl-Ullersdorf. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 51.) Verfasser empfiehlt die Anwendung von Leinöl, wobei selbst Unterschenkelgeschwüre oft überraschend schnell und dauerhaft heilten. Die zu behandelnde Fläche mufs von abzustofsendem totem Gewebe frei sein, doch müssen die Granulationen noch nicht gerade sehr üppig entwickelt sein; dagegen bilden selbst üppige Granulationen kein Hindernis der Behandlung. Die Behandlung selbst ist einfach, sie besteht nur in Auflegen von steriler, hydrophiler Gaze, die mit frischem, sterilisiertem Leinöl getränkt ist. Diese Auflage wird täglich zweimal gewechselt und mit undurchlässigem Stoffe bedeckt und mit gewöhnlicher Kalikobinde befestigt. Dabei überhäuten sich die Granulationen rasch, ohne dafs die darunter befindliche Granulationsmenge zur Rückbildung genügend Zeit gefunden hätte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Aus einer siebenjährigen Erfahrung mit Finsenscher Lichtbehandlung, von J. H. Sequeira-London. (*Lancet.* 4. März 1908.) Die Gesamtzahl der Patienten, bei denen dies Verfahren zur Anwendung kam, umfaſst 905 Fälle. Von diesen waren 791 Lupuskranke, während 68 an Lupus erythematodes und 46 an verschiedenen anderen Krankheiten (Ulcus rodens, Naevi cutanei, Alopecia areata usw.) litten. Von den 791 Lupusfällen sind 192 für statistische Zwecke abzuziehen; 142 befanden sich zur Zeit der Publikation noch in Behandlung, und 50 hatten dieselbe teils wegen sonstiger Erkrankung teils aus äuſseren Gründen vorzeitig abgebrochen. Von den restierenden 599 Fällen sind 23 als Miſserfolge zu bezeichnen; bei 15 ist der Tod inzwischen erfolgt, und bei 25 wurden andere Behandlungsarten vorgezogen; dagegen sind 107 Besserungen und 429 Heilungen zu verzeichnen, und unter letzteren betrachtet S. 369 Fälle als endgültig geheilt, während bei 60 Patienten mit der Möglichkeit eines Rezidivs gerechnet wird. Bei den sonstigen Affektionen konnte ein wesentlicher Vorzug der Finsenbehandlung nicht nachgewiesen werden. Den im Laufe der Zeit angegebenen Modifikationen des Apparates schreibt Verfasser keine erheblichen Vorteile zu. Der ursprüngliche Finsensche Apparat resp. die Finsen-Reynsche Lampe hat sich am besten bewährt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Experimentelle Beiträge zur Lichtbehandlung. (Sensibilisierung, Wärmewirkung), von Frank Schulz-Bern. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.) S. prüfte die experimentellen Versuche Dreyers u. a. nach, welche sich mit der Einwirkung von gelben Strahlen auf die mit Farbstoff versetzten Bakterien und auf die Gewebe der höheren Tiere (Meerschweinchen, Kaninchen) resp. des Menschen befassen. Die Versuche ergaben, daſs die gelben Strahlen auf mit Erythrosin versetzte Kulturen einen entwicklungshemmenden Einfluſs hatten. Seine Versuche am Gewebe von Meerschweinchen, Kaninchen und Menschen führten jedoch nicht zu einer Bestätigung von Dreyers Versuchen, nach denen eine Sensibilisierung des Gewebes nach Erythrosininjektion stattfinden soll. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Wirkung violetter und ultravioletter Lichtstrahlen, von Fr. Behring. (*Med.-naturwiss. Arch.* 1907. Bd. I. H. I.) B. stellte sich bei seinen Versuchen drei Aufgaben:

1. Wie verhält sich die Tiefenwirkung der einzelnen Lichtquellen zueinander?

Es wurde die Lichtintensität der Finsen-, Uviol- und Quarzlampe sowie des Sonnenlichtes geprüft in bezug auf Reduktion folgender chemischer Stoffe: 10%ige alkoholische Chinonlösung, Reduktion in Hydrochinon und Aldehyd; dann einer Lösung von Chinon in Glycerin und einer alkoholischen Vanillinlösung. Nach dem Vorbilde des Ederschen Photometers wurde bei der Tiefenprüfung eine Mischung von neutralem Ammoniumoxalat und Hg-Chlorid benutzt, wobei sich unter der Wirkung des Lichtes Calomel bildet.

Aus den Versuchen geht hervor, daſs die Lichtintensität der Uviollampen in bezug auf Reduktion nur um ein wenig gröſser ist als die des Sonnenlichtes, die der Finsen-Reyn-Lampen aber doppelt so groſs als die der Uviollampe, und die der Quarzlampe mindestens dreimal so groſs als die der Finsen-Reyn-Lampe.

Um das Abnehmen der Lichtstärke mit der Entfernung beim Durchgang durch tierisches Gewebe zu prüfen, wurde das einer weiſsen Maus abgezogene Fell vor der betreffenden Lichtquelle angebracht. Die Versuche ergaben, daſs die Penetrationsfähigkeit und chemische Kraft der Quarzlampenstrahlen sehr viel gröſser ist als die der Uviol- und Finsen-Reyn-Lampen. Durch Vorschaltung einer Methylenblaulösung 1 : 700 erlitt die Penetrationsfähigkeit und chemische Kraft der Strahlen keine Einbuſse, woraus der Schluſs zu ziehen ist, daſs hierdurch die ganz rechts liegenden

Strahlen absorbiert werden, während die Strahlen, welchen die Tiefenwirkung zukommt, unbehindert hindurchgehen.

2. Kann man die reduzierenden und oxydierenden Fähigkeiten des Lichtes auch im Gewebe nachweisen?

B. injizierte die erwähnte Ammoniumoxalat-Sublimatlösung in die Cutis einer Meerschweinchenhaut. Diese Stelle wurde mit der Quarzlampe fünf Minuten direkt belichtet, exzidiert, in feine Scheiben geschnitten und z. T. in Kalilauge, z. T. in Ammoniak geworfen. Fast momentan färben sich die Stückchen schwarz infolge des gebildeten Calomels, während die Reaktion bei nicht belichteten injizierten Hautstückchen ausbleibt.

3. Kann man eine direkte Beeinflussnug des Organismus durch Lichtstrahlen erzielen?

Für diese Versuche wurden weifse Mäuse in einem Holzkäfig in die entsprechende Nähe der Lichtquelle gebracht. Es ergab sich, dafs die Zahl der roten Blutkörperchen steigt, der Hgb-Gehalt des Blutes zunimmt und der Prozentsatz des Trockenrückstandes sich bei genügend langer Sitzung erhöht.

In einer Betrachtung über die Ergebnisse seiner Versuche für die Erklärung der heilenden Wirkung des Lichtes kommt B. zu dem Schlufs, dafs dieselbe in der lokalen Steigerung des Stoffwechsels liegt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Aktinotherapeutische Betrachtungen über Kohlen- und Quecksilber-Bogenlampen, von H. Axmann-Erfurt. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbldg.* 1907. Nr. 22.) Verfasser erklärt die physikalischen Grundgesetze der Strahlungsvorgänge bei den Finsen- und Quecksilberbogenlampen. Für ein kurzes Referat nicht geeignet.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über den derzeitigen Stand und die Aussichten der Aktinotherapie, von G. J. Müller-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 33/34.) Verfasser berichtet hier über seine Erfahrungen mit der Finsenschen Bestrahlung mit der Quecksilberdampflampe, der Quarzwasserlampe und den Röntgenstrahlen. Die Verwendung des Radiums als therapeutisches Mittel erwähnt er (wohl aus Mangel an erwähnenswertem Material) nur kursorisch. Betreffs der Finsenbehandlung des Lupus vulgaris konstatiert M., dafs seine anfänglichen Hoffnungen nicht vollständig in Erfüllung gegangen sind. Namentlich bei stark sklerosierenden Formen und der Tuberculosis verrucosa cutis, sowie bei Ulcerationen (hier wegen der Schmerzhaftigkeit) sind die Erfolge gering. Am glänzendsten sind die Resultate namentlich in kosmetischer Hinsicht bei kleinen frischen Herden am Gesicht. Rosacea seborrhoica erwies sich in einzelnen Fällen als ein dankbares Behandlungsobjekt; ebenso Alopecia areata. Mit der Uviollampe hatte M. auch gute Erfolge bei verschiedenen Dermatosen, doch verliefs er diese Methode bald zugunsten der Quarzwasserlampe als handlicher, billiger und von intensiverer Wirkung. Dieser Apparat kann indessen nicht als Ersatz, sondern vielmehr nur als Ergänzung des Finsenschen erachtet werden. Es wurden damit verschiedentlich gute Erfolge erzielt bei Lupus vulgaris, Lupus erythematodes (sogar bei alten, refraktären Fällen) und andern mit Gefäfserweiterung verbundenen Läsionen, Folliculitis barbae usw. Für die Röntgentherapie kommen namentlich die hypertrophischen und sklerosierenden Formen des Lupus vulgaris sowie der Schleimhautlupus in Betracht. Im ganzen kann man aus dieser (im Referate nicht gut wiederzugebenden) Zusammenstellung den Schlufs ziehen, dafs zwar gute Resultate erzielt sind, dafs hier aber noch ein weites Feld der Bearbeitung harrt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Anwendung des roten Lichtes bei verschiedenen Dermatosen, von Cappelli Jader. (*Accad. medico-fisica fiorent.*, 14. Febr. 1907.) Es wurden im ganzen etwa 100 Fälle von Hautkrankheiten nach dieser Methode behandelt (Pyoder-

mitiden, Ekzeme, Sycosis vulgaris, Wunden). Der Apparat besteht darin, dafs mittels eines Reflektors weifses Licht auf ein flaches, mit Eosinlösung gefülltes Gefäfs geworfen wird, von wo aus die erkrankte Partie während ein bis zwei Stunden belichtet wird (negative Phototherapie nach FINSEN). Unter den Pyodermitiden ergaben die oberflächlicheren die günstigsten Resultate (Impetigo). Unter den akuten Ekzemformen zeigte sich diejenige des Kapillitiums der Behandlung am meisten zugänglich. Bei Sykosis konnte man nur eine Besserung der oberflächlichen ekzematösen Veränderungen konstatieren. Auf die verschiedenen Arten von Wunden wirkte das rote Licht wohltuend reizend. Die baktericide Wirkung des roten Lichtes (Staphylococcus pyog. aur.) ist gegenüber dem blauen und weifsen Lichte eine minime.

C. Müller-Nyon.

Die Behandlung der Hautkrankheiten mit der Quarzlampe, von R. LOHDE. (*Zeitschr. f. d. ärztl. Praxis.* 1907. Nr. 23.) Belichtet wurde fast ausschliefslich mit Blaulicht. Mit Erfolg belichtet wurden Fälle von Ekzema rhagadiforme palmae manus, universellem Ekzem, seborrhoischer Erkrankung der Kopfhaut, Alopecia areata, Staphylokokkeninfektionen bei Vorhandensein gröfserer circumskripter Herde, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor. Bei Scabies wurde in zwei Fällen bei Kindern Heilung erzielt; infolge der Belichtung erhoben sich auf gerötetem Grunde kleine gelbliche Bläschen, die den Milbengängen entsprachen, sich nach drei Tagen abstiefsen und kleine weifse Inseln in der noch etwas geröteten Umgebung bildeten. Bei Feuermälern erzielte er Erfolge bei mehr als einstündiger Belichtungsdauer. Zum Schlufs werden die neuerdings konstruierten vorschaltbaren Kompressorien empfohlen, welche eigene Wasserspülung haben und durch geeignete transparente Medien die stark reizenden kurzwelligen ultravioletten Strahlen völlig zur Absorption bringen.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Tiefenwirkung des Quarzlampenlichtes, von EMIL HESSE - Düsseldorf. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1907. Nr. 35.) WICHMANN hat vor kurzem (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 28) mitgeteilt, dafs dem Ergebnisse seiner Versuche zufolge das Licht der Quarzlampe, wenn ein Teil des Ultravioletts durch Blaufärbung des Kühlwassers ausgeschaltet wird; in derselben Tiefe eine stärkere photochemische Lichtentzündung herbeiführt als das Finsenlicht. Experimente, die H. genau in der von WICHMANN angegebenen Weise vornahm, führten zu ganz anderen Resultaten: von einer spezifischen Lichtentzündung war nach Bestrahlung mit der Quarzlampe nichts wahrzunehmen, und die Oberflächenreizung war auch bei Anwendung des Blaufilters noch viel stärker als nach Finsenbestrahlung. Es ist daher nicht richtig, dafs die Quarzlampe „dem Finsenapparat in jeder Beziehung vorzuziehen ist."

Götz-München.

Erfahrungen mit der Quarzlampe, von HEYMANN-Dresden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 42.) Im allgemeinen kann Verfaser sagen, dafs auch er mit diesem Apparate befriedigende Resultate erzielt hat. Lupus vulgaris wurde mit Blaulicht behandelt. Es wird dem Quarzlampenlicht eine gröfsere Tiefenwirkung (bei direkter Applikation auf die Haut) vindiziert als dem Finsenlicht, und die Resultate bei drei resp. vier Fällen scheinen diese Behauptung zu bestätigen. Von anderen Affektionen wurden behandelt: Angiome, Naevus pigmentosus, Psoriasis, Ekzema seborrhoicum psoriasiforme, Ekzema chronicum, Acne vulgaris faciei, syphilitische Pigmentierungen usw. Je nach dem Effekt, den man erzielen wollte, begnügte man sich teils damit, in einer Entfernung von 20—30 cm das Licht (weifses) einwirken zu lassen, teils drückte man das Quarzfenster mit der Hand resp. mit Binden fest gegen die Haut an. Bemerkenswert ist es, dafs fast durchweg nach einigen Stunden mit dem Einsetzen der entzündlichen Reaktion lebhafte Schmerzen auftraten, aber meistens

binnen 24 Stunden wieder vergingen. Die Quarzlampe erscheint zweifellos als eine wertvolle Ergänzung des dermatologischen Armamentariums.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einige Erfahrungen mit der KROMAYERschen Quarzlampe, von JOSEF WETTERER-Mannheim. (*Arch. f. physikal. Med. u. medic. Techn.* Bd. II, Heft III/IV. Die Quarzlampe hat sich dem Verfasser bei der Behandlung einer Reihe Fälle von Lupus vulgaris, Alopecia areata und Naevi vasculosi im allgemeinen bewährt. Als fühlbaren Mangel empfindet er, daſs die Lampe nicht mit auswechselbaren Quarzfenstern geliefert wird. Diese könnten überdies eine verschieden gestaltete Oberfläche haben, die sich in ihrer Form den Finsendrucklinsen nähern. *Schourp-Danzig.*

Kritische und therapeutische Beiträge zur Kenntnis der Quarzlampe, von REINHOLD LEDERMANN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 51.) Die KROMEYERsche Lampe ist eine wirksame Behandlungsquelle, wenn man sich vor Übertreibungen hütet und von ihr nur das verlangt, was sie vermöge ihrer chemischen und physikalischen Eigenschaften leisten kann. Auf oberflächliche Prozesse übt sie eine stark entzündliche, sich bis zur Nekrose steigernde Reaktion und auch eine baktericide Wirkung aus, ihre Tiefenwirkung aber ist noch nicht einwandfrei bewiesen. Die besten Resultate erzielt man bei der Alopecia areata, auch bei Rosacea wirkte sie vortrefflich.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Radiotherapie in der Dermatologie, von GEORGES FLEIG. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 372.) *Fritz Loeb-München.*

Über ein neues radiotherapeutisches Verfahren, von R. v. JAKSCH-Prag. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 64. Bd., 3. und 4. Heft.) Um Röntgenverbrennungen zu vermeiden, studierte J. das Verhalten der Röntgenstrahlen beim Durchgang durch die verschiedenen Metalle, wobei als Maſs für die Durchgängigkeit die mehr oder minder intensive Einwirkung auf die photographische Platte diente. Als praktisches Ergebnis seiner Versuche empfiehlt er die Bestrahlung in der Weise vorzunehmen, daſs eine Silberplatte von 0,02 mm Dicke in einer Zellulosekapsel befestigt und ringsherum mit einer Bleiplatte armiert wird, um damit alle anderen um die zu bestrahlende Stelle herumliegenden Stellen sicher vor den Röntgenstrahlen zu schützen. Der Durchmesser einer solchen Silberscheibe beträgt 140 mm; dieselbe ist in eine Zellulosehülle von 0,2 mm Dicke und 160 mm Durchmesser eingeschlossen. Diese Platte wird dann in einen Bleirahmen von 0,6 mm Stärke, 53 cm Länge und 46 cm Breite eingefügt und mit schwarzem Tuche überzogen. Hinter einem mit Blei ausgeschlagenen, fahrbaren Schirm sitzt der Arzt und behält durch ein verschiebbares Fenster den Patienten im Auge. *Schourp-Danzig.*

Einige Erfahrungen mit X-Strahlen- und Hochfrequenzbehandlung, von F. GARDINER. (*Scottish med. Journ.* März 1908.) Von den uns interessierenden Affektionen, welche G. behandelte, seien folgende angeführt: Incontinentia urinae nocturna, die drei Fälle betrafen Kinder im Alter von fünf und zehn Jahren und einen 18jährigen Matrosen; nach 32 resp. 13 Sitzungen (jeden zweiten bis dritten Tag) hörten bei ersteren die Störungen auf, bei dem Matrosen nach acht bis neun Sitzungen. Pruritus ani erfuhr bei einem 28jährigen Manne, der zwei Jahre an dem Übel gelitten hat, nach vier Sitzungen innerhalb 14 Tage einige Besserung, die aber auch gelegentlich mit Bepinselung mit Argentum nitricum und Kalomelpulver eintrat. In den drei Fällen von Hämorrhoiden, welche G. mit Hochfrequenzströmen behandelte, war der Erfolg wenig befriedigend. In einem Falle von inoperablem Blasenkrebs trat bedeutende Besserung nach 13 Sitzungen (innerhalb vier Wochen) ein und dieselbe hält nun über drei Jahre an. Ein Fall von PAGETS Krankheit wurde in sechs Sitzungen von 5—20 Minuten Expositionszeit mit einer

harten Röhre behandelt und bald darauf war die Krankheit offensichtlich geheilt; Patientin starb ein Jahr später an einer anderen Krankheit. Von den elf Fällen von Ulcus rodens gaben neun vollen Erfolg, während derselbe in den zwei Fällen, wo der Knochen mit ergriffen war, ausblieb. Eine einfache Hautkrankheit, wie das Ulcus rodens meist ist, weicht sie mit nahezu völliger Sicherheit der Röntgenbestrahlung. Wichtig ist, dafs sie frühzeitig behandelt wird. Kauterisieren und Auskratzung sind zwar gute Mittel und können zur Vorbehandlung dienen, aber sicherer ist es, noch ein bis zwei Sitzungen mit X-Strahlen folgen zu lassen. Zwei Fälle von zahlreicher Warzenbildung im Gesicht resp. beiden Händen wurden so erfolgreich (in ein resp. drei Sitzungen von 20 Minuten Dauer) behandelt, dafs G. diese schmerzlose Behandlungsart für besonders hartnäckige Fälle warm empfiehlt. Bei Sykosis (zwei Fälle) kommt die antiphlogistische und die Wirkung der Epilation in Betracht, die beiden Fälle waren nicht sehr ausgedehnt, weshalb auch die Heilung rasch erfolgte, was bei ausgebreiteter Affektion G. nicht erwartet. Zwei Fälle von Lichen planus wurden mit X-Strahlen behandelt und kamen nach fünf resp. zwei Sitzungen von 15—20 Minuten zur Heilung. Bei Psoriasis versuchte G. in zwei ausgedehnten Fällen die Hochfrequenzströme, erzielte aber keinen Erfolg damit, von den X-Strahlen verspricht er sich hierbei bessere Resultate. Auch bei Alopecia areata waren die Hochfrequenzströme ohne Erfolg. Schliefslich sei noch einiger Fälle von Frostbeulen gedacht, die mit beiden Methoden erfolgreich behandelt worden sind.

Stern-München.

Röntgenstrahlen bei Epitheliom, Lupus und tertiärer Syphilis, Photocystoskopie bei sexueller Neurasthenie (Demonstration von Fällen), von **M. L.** HEIDINGSFELD-Cincinnati. (*The Lancet-Clinic.* 1. Dez. 1906.) Nichts besonderes.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Geschlechtsdrüsen, von FRANÇOIS ROULIER. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 402, 73 S. Zwei Tafeln.)

Fritz Loeb-München.

Die Anwendung von Radium bei Hautkrankheiten, von LOUIS WICKHAM. (*The Canadian Pract. and Review.* 1907.) Ohne Neues zu bringen, berichtet der Verfasser von seinen Erfolgen mit Radium bei Epitheliomen, Naevi vasculosi und chronischem, pruriginösem Ekzem. *Schourp-Danzig.*

Über Hochfrequenzströme bei (sog.) diathesischen Dermatosen: Pruritus, Ekzem, Psoriasis, Akne, von ANDRÉ BERTHOMIER. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 322.)

Fritz Loeb-München.

Über Hautextrakte, Präparate und pharmazeutische Formen, angewandt in der cutanen Opotherapie, von EDMOND A. CH. GAUDICHARD. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. *Fritz Loeb-München.*

Dr. UNNAs Magistralformeln, von PAUL RUNGE. (*Pharmazeut. Ztg.* 1907. Nr. 53.) Eine interessante Zusammenstellung der Magistralformeln UNNAS.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Hydrophilie des Wollfettes und über Eucerin, eine neue, aus dem Wollfett dargestellte Salbengrundlage, von P. G. UNNA-Hamburg. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 42—43.) Verfasser bespricht eingehend die Eigenschaft des Wollfettes, auf mechanischem Wege bedeutende Mengen Wasser aufzunehmen, sowohl vom theoretischen, wie auch vom praktischen Standpunkte aus, präzisiert die Bedingungen, denen eine universell brauchbare Kühlsalbengrundlage entsprechen soll und stellt als solche das aus den LIFSCHÜTZschen Alkoholen des Wollfettes dargestellte Eucerin vor (Mielcks Schwanapotheke in Hamburg). Die Ergebnisse der Arbeit sind folgende:

1. Das von den Alkoholen der Cholesteringruppe befreite Wollfett, welches der Hauptsache nach aus Cholesterinestern besteht (natürliches Cholesterinfett), zeigt ebenso wenig wie die künstlich aus dem Cholesterin und Fettsäuren hergestellten Verbindungen (künstliche Cholesterinfette) eine nennenswerte Hydrophilie.

2. Sowohl das freie Cholesterin wie die freie Lifschützsche Gruppe der Cholesterinoxydate zeigen als 2—5%iger Zusatz zum Unguentum paraffinum eine starke Hydrophilie, und zwar das freie Cholesterin bis 200% des Fettgehaltes, die Lifschützsche Gruppe sogar bis 550%.

3. Mithin verdanken das Wollfett im allgemeinen und das Lanolin im besonderen ihre bedeutende Hydrophilie nicht den darin enthaltenen Cholesterinestern (Cholesterinfetten), wie Liebreich annahm, sondern den freien Cholesterinen und insbesondere der Lifschützschen Gruppe der freien Oxycholesterine.

4. Das Lanolin an und für sich ist keine Salbengrundlage: zu einer solchen wird es erst durch Mischung mit Glycerinfetten oder anderen fettartigen Körpern. Diese Lanolinkühlsalben (Lanolin-Crêmes) haben wegen ihres Gehaltes an Cholesterinfetten die unangenehmen Nebeneigenschaften eines spezifischen Wollfettgeruches, einer allzu grofsen Zähigkeit und des allmählich Hartwerdens an der der Luft ausgesetzten Oberfläche.

5. Die Oxycholesteringruppe, aus dem Wollfett isoliert, ist vollkommen frei von dem spezifischen Wollfettgeruch, noch unzersetzlicher als die Cholesterinfette und besitzt eine enorm starke Hydrophilie, die es, anderen fettartigen Salbengrundlagen zugemischt, diesen mitteilt.

6. Eine Mischung von 5 Teilen dieser Alkoholgruppe mit 95 Teilen des absolut unzersetzlichen, weichen Unguentum paraffini gibt das „Eucerinum anhydricum“. Dieses letztere, mit gleichen Teilen Wasser gemischt, gibt das „Eucerin“.

7. Wie aus seiner Darstellung hervorgeht, ist das Eucerin absolut haltbar, weich, geschmeidig, in der Kälte mit Medikamenten, anderen Salben und Pasten beliebig mischbar, vollkommen geruchlos und trotz seines Wassergehaltes noch imstande, wässerige Medikamente in grofser Menge aufzunehmen.

8. Das Eucerin ist daher die beste von allen bisherigen Kühlsalben.

9. Das Eucerin macht als Zusatz (1:1, 1:2, 1:3) andere Salben und Pasten zu Kühlsalben und Kühlpasten.

10. Fast alle gebräuchlichen Salben und Pasten, insbesondere die gegen entzündliche Hautkrankheiten verwandten, wie Zinksalbe, Zinkpaste, Zinkschwefelpaste, Wismutsalben, lassen sich direkt aus Eucerin und den Medikamenten herstellen und ergeben besonders geschmeidige Produkte.

11. Insbesondere eignet sich das Eucerin als Konstituens für Pomaden und Lippenpomaden.

12. Augen-, Nasen-, Ohren-, Vaginalsalben und überhaupt Schleimhautsalben, welche auf einer nassen Schleimhautfläche haften sollen, erfordern als Konstituens das stark hydrophile Eucerinum anhydricum.

13. Teer- und Ichthyolsalben ohne andere Zusätze erfordern ebenfalls Eucerinum anhydricum.

14. Eucerin ist die beste Salbenbasis für Tumenol.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über feuchte Verbände und über ein Analogon zur Kampfer-Karbolspiritusmischung, von Franz Weitlauer-Ottental. (*Klin.-therap. Wochenschr.* Bd. XV, Nr. 6.) Der Verfasser empfiehlt die Anwendung feuchter Verbände mit der sog. Burow-Lösung nach der Formel:

Aluminii crudi 2,0
Plumbi acet. 4,0
Aqu. font. 1000,0.

Vorteilhaft wird diese Lösung durch Zusatz von 5 % Liquor Aluminii acetici verbessert. Bei Gingivitis und Stomatitis mercurialis läſst W. buccal und lingual mit essigsaurer Tonerde getränkte Wattebäusche einlegen.

Als Analogon zur Kampfer-Karbolspiritusmischung empfiehlt der Verfasser die Bleizuckerkampfersalbe nach der Formel:

Camphor. pulver.
Plumb. acet. āā 4,0
Ungt. simpl. 100,0.

Trotz vielfacher Anwendung bei Furunkeln, Lupus vulgaris exulcerans, Mammacarcinom u. a. ist dem Verfasser eine Bleiintoxikation nie vorgekommen.

Schourp-Danzig.

Alkoholseifen, von Karl Gerson-Schlachtensee. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 4.) Zur chemischen Desinfektion der Hände ist Alkohol zweifellos das souveräne Mittel, und darauf beruht die Zweckmäſsigkeit des unter dem Namen „Sapalcol" bekannten, in Zinntuben verschlossenen, weichen alkoholhaltigen Seifenbreies. Da der chemischen Händedesinfektion meist eine Reinigung mit mechanisch wirkenden Mitteln vorausgeht, wollte Verfasser beide Verfahren in einem Mittel vereinigen und sie gleichzeitig wirken lassen und lieſs deshalb dem alkoholhaltigen Sapalcol fein gepulverten Sandstaub zusetzen. Eine 10 %ige Beimischung des Sandstaubes erwies sich am zweckmäſsigsten. Der Alkoholgehalt dieses sandstaubhaltigen Sapalcols beträgt ca. 50 %. Das Präparat wird von der Fabrik chemischer Produkte Arthur Wolff jr. in Breslau hergestellt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Atoxyl bei Syphilis und Framboesia, von A. Neisser-Breslau-Batavia. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 43.) Als Nachsatz zu seinem gleichlautenden Artikel in Nr. 38 der *Dtsch. med. Wochenschr.* (vide Referat in *dieser Zeitschrift*, Bd. 45, S. 569) teilt N. noch mit, daſs er seitdem eine völlige Heilung von infizierten Tieren durch Atoxyl sowohl als durch Hg und J erzielen konnte. Bei einer Anzahl Affen lieſs sich dies durch das Gelingen von Wiederimpfungen bestätigen, indem dabei typische Primäraffekte auftraten, was sonst niemals beobachtet wurde. Es scheint sogar, daſs das Atoxyl auch präventiv wirke. Allerdings vertragen Tiere viel gröſsere Mengen davon als die Menschen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung mit Atoxyl, von Câmpeanu. (*Revista stiintzelor med.* Dezbr. 1907.) Das Atoxyl ist in letzter Zeit viel und für die mannigfaltigsten Zustände empfohlen worden; es war vorauszusehen, daſs sich auch weniger enthusiastische Stimmen bemerkbar machen würden. Der Verfasser weist darauf hin, daſs Atoxyl ein Arsenikpräparat ist, wie viele andere und sich in seiner Wirkung z. B. gar nicht von Natrium kakodylicum unterscheidet, auſserdem ist es fast viermal so teuer und haben die Atoxyllösungen den Nachteil, sehr rasch zu verderben. Gröſsere Atoxyllösungen werden von manchen, namentlich von schwächlichen und anämischen Patienten sehr schlecht vertragen und rufen Intoleranzerscheinungen hervor. Was speziell die Behandlung der Pellagra anbetrifft, so hat das Mittel in schweren Fällen keinerlei Wirkung gezeigt; in leichteren waren die Resultate recht gute, doch könnten dieselben auch mit dem erwähnten Natrium kakodylicum erzielt werden. Der Verfasser hat nur eine geringe Anzahl von Fällen mit Atoxyl behandelt, doch ist er zur Ansicht gelangt, daſs das Präparat weder bei Pellagra, noch bei Syphilis oder Anämie spezifische Wirkungen zeigt. *E. Toff-Braila.*

Zur klinischen Bedeutung der Präventivwirkung der Kalomelsalbe wie des Atoxyls, von Meschtscherski und Bogrow, (*Russki Wratsch.* 1908. Nr. 8.) Die beiden Verfasser wandten die Metschnikowsche Kalomelsalbe zwar nicht bei Syphilis, aber bei mit Erlaubnis der betreffenden Kranken inokulierten weichen Schankern, aber ohne jeden Erfolg an. Ebenfalls ohne Wirkung erwies sich ihnen das Atoxyl in grofser Dosis zur Vorbeugung der Allgemeinerscheinungen bei Syphilis, indem diese in dem einen Fall trotz 3,2 Atoxyl, im anderen gar trotz Exstirpation der Sklerose und zweier Drüsen in der linken Leiste und 2,7 eingespritztem Atoxyl dennoch auftraten. *Arthur Jordan-Moskau.*

Buttermilchbehandlung gewisser kindlicher Hautkrankheiten, von Émile Davenière. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 82.) *Fritz Loeb-München.*

Calcium chloratum bei Urticaria, Frostbeulen und Pruritus. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 20.) Wright und Netter haben bei Urticaria durch innerlichen Gebrauch von Calcium chloratum sehr schöne Erfolge erzielt; ebenso vorzüglich wirkt das Salz bei essentiellem Pruritus. Man verabreicht täglich 1—4 g und setzt nach vier Tagen einen Tag aus, um es dann wieder vier Tage hindurch zu geben. Statt des Calcium chloratum kann auch das Calcium lacticum verwendet werden.

Bei manchen Menschen verlieren die Kalksalze ihre günstige Wirkung, wenn sie, z. B. wegen Hämophilie, Urticaria oder Albuminurie, öfter genommen worden sind; in solchen Fällen werden mit gutem Erfolge die Strontium- und die Magnesiumsalze gegeben.

Die Frostbeulen werden in dem kleinen Aufsatz aufser im Titel nicht erwähnt. *Götz-München.*

Über ein neues wertvolles klinisches Mittel, von Julien. (*Annales de la Nutrition.* Mai 1907.) Es handelt sich um eine wässerige Lösung von Chromsäure 2%ig) zur Feststellung der Konturen aller Läsionen an den Geschlechtsorganen und zur Behandlung der Erosionen und Ulcerationen. Nach einer Pinselung aller wunden Stellen ist dann noch eine weitere Ätzung mit dem Höllensteinstift von Nutzen. Durch diese Kombination erzielt man eine tadellose Ätzwirkung ohne jegliche Schmerzempfindung, besonders auch bei Verletzungen der Schleimhäute.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Eusemin, ein haftbares Kokain-Adrenalingemisch, von Ideler-Königsberg. (*Ther. Monatsh.* Juli 1907.) Das Mittel läfst sich in der Augenheilkunde und kleineren Operationen mit Erfolg anwenden, es ist sehr einfach in der Handhabung, da man es steril und in passenden Quantitäten jederzeit fertig zum Gebrauch hat.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Kasuistik des Tremor mercurialis, von Otto Rigler. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1907. Nr. 94.) Bei einem 52jährigen Masseur, der seit 20 Jahren täglich durchschnittlich sechs Inunktionen von Quecksilber fast stets ohne Handschuhe vorgenommen hat, besteht ein Tremor mercurialis mit typischem Intentionscharakter. Das Zittern ist allmählich immer stärker geworden und hat auch die Gesichtsmuskulatur befallen. Das Zittern des Patienten erinnert teils an Paralysis agitans, teils an Sklerosis multiplex. Erstere liefs sich aus dem Fehlen jeder Muskelrigidität und der für diesen Zustand charakteristischen Gangstörung ausschliefsen, für multiple Sklerose fehlten alle anderen Anzeichen. *Schourp-Danzig.*

Quecksilbervergiftung mit tödlichem Ausgange, von Wilhelm Bartsch-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 43.) An der dermatologischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals in Breslau sind zu Anfang dieses Jahres innerhalb weniger Wochen vier Todesfälle infolge von Quecksilberintoxikation vorgekommen. In allen

vier Fällen waren Vasenolemulsionen unlöslicher Quecksilberpräparate (Kopps 10%iges Hydrargyrum salicylicum-Vasenol und 10%iges Kalomel-Vasenol) injiziert worden, und zwar im ersten Falle 1,15, im zweiten 0,35 Hydrargyrum salicylicum, im dritten 0,7, im vierten 0,35 Kalomel. Klinisch standen in allen vier Fällen überaus heftige blutige Diarrhoen im Vordergrund, bei einer Patientin kompliziert durch Nekrose der Vulva und Vagina; die Diarrhoen konnten auf keine Weise gestillt werden, während B. bisher durch grofse Opiumdosen auch die schlimmsten, durch Quecksilber verursachten blutigen Diarrhoen zum Stehen gebracht hatte. Bei keinem der vier Kranken war ein Quecksilberexanthem aufgetreten. Mit dem klinischen Bilde der Colitis mercurialis stimmte der Sektionsbefund durchaus überein: der Dickdarm war bis tief in das Rektum hinunter vollständig nekrotisch. Schuld an dem vierfachen Unglück trägt vielleicht die feine Verteilung des Quecksilbers im Vasenol und die überaus schnelle Resorbierbarkeit der Vasenolpräparate, die eine Überschwemmung des Körpers mit Quecksilber hervorbringt, wie sie bei Anwendung von Paraffinpräparaten nicht eintritt. *Götz-München.*

Ein Vergiftungsfall mit Hydrargyrum oxycyanatum, von I. Axler. (*Revista stiintzelor med.* Dez. 1907.) Der Fall dürfte wohl auch ein Beweis sein dafür, dafs es untunlich ist, selbst intelligenteren Patienten stark giftige Substanzen in die Hand zu geben. Es handelte sich um einen jungen Mann mit Blennorrhoe, dem A. Waschungen mit Oxycyanquecksilber empfahl. Die hierzu nötigen Lösungen stellte sich Patient selbst her, indem er 1/3 g von dem betreffenden Pulver in 1500 g Wasser auflöste. Eines Tages verschluckte er aus Unvorsichtigkeit ein solches Pulver. Da die Giftigkeit des Präparates eine zehnmal gröfsere als die des Sublimats ist, waren die Vergiftungserscheinungen trotz reichlichen Erbrechens und angewendeter Gegenmittel sehr ernste. Namentlich stellte sich am dritten Tage nach stattgehabter Vergiftung eine vollständige Anurie ein, welche durch sechs Tage ununterbrochen andauerte. Infolge des fortwährenden Erbrechens mufste die Ernährung mittels Klysmen vorgenommen werden. Ferner wurden warme Bäder, künstliches Serum intrarektal und Theobromin angewendet und im Verlaufe von vier Wochen Heilung erzielt. Die aufgetretene, sehr schwere Nephritis heilte vollkommen aus, was jedenfalls ein sehr bemerkenswerter Erfolg ist. *E. Toff-Braila.*

Experimentelle Untersuchungen über die intramuskulären Injektionen mit grauem Öl, von G. Brissy. (*Thèse de Paris.* 1907.) Der Verfasser hat histologische Untersuchungen angestellt, um einerseits festzustellen, welche Veränderungen an der Injektionsstelle durch die Einspritzungen von Oleum cinereum hervorgerufen werden, und andererseits, auf welche Weise die Resorption des Medikamentes stattfindet. In Kürze angeführt hat er folgendes gefunden: Das eingespritzte graue Öl verteilt sich im intrafascikulären Gewebe des Muskels und ruft nach einer kürzeren oder längeren Zeit eine lokale Reizung hervor, welche sich durch eine Ansammlung von Leukocyten, eine entzündliche Reaktion des umgebenden Zellgewebes und trübe Schwellung der dem Injektionsherde benachbarten Muskelfasern kundgibt. Es bildet sich auf diese Weise ein entzündlicher Knoten, welcher nach einer gewissen Zeit in Rückbildung begriffen ist. Die Leukocyten gehen in Koagulationsnekrose über, das neugebildete Bindegewebe der Peripherie organisiert sich zu Narbengewebe. Endlich in der Umgebung der degenerierten Muskelfasern bilden sich neue durch embryonale Sprossung. Endlich, beiläufig im fünften Monate nach der Einspritzung, sind die Regressionsveränderungen beendet und der Knoten bildet nur ein aus hyperplasischen Bindegewebsfasern gebildetes Narbengewebe. Diese Einspritzungen rufen also tiefgreifende und lange andauernde Veränderungen in den von denselben getroffenen Teilen hervor. Was die Resorption der eingespritzten fetten Flüssigkeit anbetrifft, so

werden die wirklichen Fette, vegetabilischen oder animalen Ursprunges, von den Leukocyten nach und nach assimiliert, ein Vorgang, der am zweiten Tage nach der Einspritzung beginnt und sich oft bis in den fünften Monat hinein ausdehnt. Vaselin und Vaselinöl bleiben aber als Fremdkörper durch unbegrenzte Zeit unverändert liegen. Das eingespritzte Hg wird in ein organisches Salz verwandelt, von welchem eine gewisse Menge im erwähnten konjunktiven Gewebe des Knotens fixiert bleibt.

E. Toff-Braila.

Über das graue Öl, von Louis Julien. (Société de Dermatol. et Syph. 21. Febr. 1907.) Das graue Öl darf nicht in starken Dosen gegeben werden, was dann starke Stomatitis hervorrufen kann; die Dosis mufs sehr exakt sein, dann ist das Mittel wirksam und für den Arzt und den Patienten angenehm und bequem und bekommt besser als die meisten anderen Quecksilberpräparate; seine Wirkung ist sehr schnell. Emery bestätigt in der Diskussion die Auffassung Juliens und weist auch seinerseits auf die günstigen Eigenschaften des grauen Öls hin. Balzer hat bei einer Hystero-Epileptischen schon nach einer Injektion von 7 cg Öl eine sehr starke Stomatitis gesehen, während Eudlitz nie lokale Schädlichkeiten beobachtete, trotzdem er eine grofse Anzahl Injektionen mit grauem Öl ausgeführt hat, und zwar bis zu 14 cg pro dosi. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Quecksilber-Velopural, ein neues Inunktionspräparat, von Bebert. (*Fortschr. d. Med.* 1907. Heft 4.) Das in üblicher Weise mit Lanolin. anhydr. extingierte Hg ist im Verhältnis 1 : 2 der als Velopural bezeichneten Grundlage zugesetzt. Diese ist eine unter Zusatz von Olivenöl zu einer homogenen Salbenmasse verarbeitete Seife. Sie hat den Vorzug der Sauberkeit in der Anwendung. Die klinische Wirkung soll gut sein (nur zwölf Fälle). *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Wirkung intravenöser Kollargolinjektionen bei einigen Infektionskrankheiten, von V. Arnold-Lemberg. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1907. Nr. 43.) Soweit dermatologische Fälle in Betracht kamen (Erysipel, Milzbrand, Scharlach), sah A. zum mindesten keinen Nutzen von Kollargolinjektionen.

Arthur Schucht-Danzig.

Ichthynat „Heyden“, von Schedlbauer. (*Wien. klin. Rundsch.* 1907. Nr. 36.) Mit Ichthynat, das nach Hayek chemisch und pharmakologisch mit Ichthyol identisch ist, hat S. bei der Behandlung von Erysipel, Hydrocele, Brandwunden u. a. genau die gleichen Erfolge erzielt als mit Ichthyol. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Kenntnis der Jodwirkung, von A. Bickel-Berlin. (*Klin.-therap. Wochenschrift.* 1907. Nr. 48.) B. liefs an Magenblindsackhunden den Einflufs reinen Jods und einiger Jodpräparate auf die Magenschleimhaut untersuchen. Es wurde dabei gefunden, dafs reines Jod in wässriger Lösung die Saftsekretion in der Magenschleimhaut steigert, und dafs Jodnatrium und Jodglidin die gleiche Wirkung ausüben, während Glidin allein als Eiweifskörper sich in den kleinen Mengen, die hier in Frage kommen, indifferent erhält. Aufser dem reizenden Einflufs des Jods und seiner Verbindungen auf die das spezifische Sekret des Magens liefernden Drüsenzellen wurde weiter festgestellt, dafs auch die Schleimbildner in der Magen- und Darmschleimhaut durch das Jod zu erhöhter Arbeit angetrieben werden. Wenn auf die Darm- oder Magenschleimhaut eines Fistelhundes Jod in dünner Lösung gebracht wurde, liefs sich eine abundante Schleimsekretion überall da beobachten, wo Jod mit der Schleimhaut in Berührung trat.

Die sekretionssteigernde Wirkung des Jods auf die Magenschleimhaut gibt zugleich ein Testmittel, ob Jodverbindungen die physiologische Jodwirkung noch erkennen lassen oder nicht. *Schourp-Danzig.*

Jodipin statt Jodkalium, von GUSTAV GÖTZL. (*Österr. Ärzte-Ztg.* 1907. Nr. 8. IV. Jahrg.) Eine Empfehlung der internen Darreichung von Jodipin.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein neues Hämostatikum, das Jodchloroform, von V. GOMOIU-Bukarest. (*Spitalul.* 1907. Nr. 19.) Der Verfasser hat in einem Falle von stark blutendem, inoperablem Epitheliom des äufseren Genitales bei einer Patientin mit ausgezeichnetem Erfolge eine Lösung von $2^{1}/_{2}$—3 g Jod in 30—50 g Chloroform angewendet und empfiehlt das Mittel als ein sicher wirkendes, lokales Blutstillungsmittel, welches auch dort prompt wirkte, wo andere Hämostatika, wie heifses Wasser, Gelatineserum, Antipyrinlösung, Wasserstoffsuperoxyd usw., ohne jeden Erfolg blieben. Weder Jodlösung noch Chloroform allein hatten hämostatische Wirkung und es handelt sich beim Jodchloroform wahrscheinlich um eine spezielle Verbindung beider Körper die blutstillende Wirkung ausübt. *E. Toff-Braila.*

Über das Verhalten des Jodglidines im menschlichen und Tierkörper, von Prof. H. BORUTTAU-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 37.) Die am Menschen sowie am Kaninchen und Hunde vorgenommenen Versuche ergaben, das das Jodglidine sich hinsichtlich der Dauer der Ausscheidung und des Prozentsatzes des ausgeschiedenen Jods ebenso wie das Jodkalium verhält. Nur der Verlauf ist erheblich länger. Die Stickstoffausscheidung wurde gesteigert. *A. Straufs-Barmen.*

Erfahrungen über Sajodin, von Dr. H. GEBB. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 41.) Auch bei längerer Anwendung des Sajodins sah Verfasser niemals unangenehme Nebenerscheinungen. Es wurde bei 40 klinischen und 12 ambulatorischen Kranken in Pulverform à 1,0 und in Tabletten à 0,5 gegeben, 3—4 g pro die, ja bis zu 6 g Auch bei hereditärer Lues bewährte sich das Mittel. *A. Straufs-Barmen.*

Über Kreosot- und Lysolvergiftung, von H. BORUTTAU und E. STADELMANN-Berlin. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1907. Bd. 91.) Befafst sich mit einem Fall von Kreosotvergiftung und berichtet eingehend über die qualitative und quantitative Analyse des Harns, besonders über die Ausscheidung der Phenolverbindungen, die bei der Kreosotvergiftung ganz ähnlich ist, wie bei der Lysolvergiftung.

Carl Schramm-Dortmund.

Die Kohle zur Behandlung von Hautkrankheiten, von DUDSCHENKO-KOLBASSENKO. (*Prakt. Wratsch.* 1908. Nr. 3.) Verfasser empfiehlt bei nässemdem Ekzem und bei Verbrennungen folgenden Puder:

Xeroform	4,0
Ac. salicylic.	2,0
Zinci oxydati	30,0
Mag. bismuthi	10,0
Amyli tritici	60,0
Talci veneti	120,0
Carbonis tiliae pulv.	200,0

Mfpulv. *A. Jordan-Moskau.*

Das neue Aphrodisiacum Kyphi in der Praxis. (*Ther. Zentralbl.* 1907. Nr. 23.) Empfehlung ohne Belege. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Verwendung des Mesotan bei Wundinfektion, von Dr. DAIBLER. (*Zeitschr. f. d. ärztl. Praxis.* 1907. Nr. 35.) Verfasser trug bei Phlegmonen, Lymphangitis, Panaritien, Furunkeln, Stich- und Rifswunden usw. 2—8 g unvermischtes Mesotan auf die getrocknete Haut und glaubt auf diese Weise das Fortschreiten einer Infektion im Gewebe verhindert zu haben. *A. Straufs-Barmen.*

Über die kosmetischen Mitinpräparate, von SAMENHOF-Warschau. (*Ärztl. Viertelj. Rundschau.* 1907. Nr. IV.) Eine Empfehlung der Mitinpräparate.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Wirkung der Levurinose bei Hautkrankheiten, von LUIGI MARAMALDI. (*Giorn. internaz. d. Sc. med.* 1906. Nr. 2.) Eine Empfehlung der Levurinose, die im Verdauungskanal ihre Entwicklung fortsetzt. Diese enorme Zahl von Zellen repräsentiert, verdaut und resorbiert eine beträchtliche Quantität Nukleine, deren baktericide Kraft das wirksame Agens darstellt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Wirkung der Levurinose bei Hautkrankheiten, von LUIGI MARAMALDI. (*Pharmakol. ther. Bull.* 1907.) Bei einer grofsen Zahl von sogenannten diathetischen Hautkrankheiten ist neben der örtlichen Behandlung auch eine innere von grofsem Werte. Als solches Mittel ist die Levurinose entschieden empfehlenswert, die nichts anderes ist als Bierhefe, nach einem speziellen Verfahren durch kalten Luftstrom getrocknet, wodurch ihre Zellen vollständig intakt erhalten und ihre gröfste chemische Aktivität durchaus bewahrt bleibt. Bekannt ist der Nutzen bei Furunkulosis, doch auch bei nässendem Ekzem, Akne phlegmonosa, Bartflechte, Prurigo und Urticaria ist der Einflufs der Bierhefe wohltuend. Sicher wirkt die Levurinose auch nach den Erfahrungen vieler Forscher bei infektiösen Exanthemen, wie Pocken, Masern, Scharlach, Erysipel. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung subkutaner Pyozyanase-Injektionen, von OTTO KREN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 8.) Die Pyozyanase ist das durch BERKEFELD-Filter filtrierte Enzym alter Pyozyaneuskulturen, das nachträglich auf ein Zehntel des Volumens eingeengt ist. Das Mittel wirkt stark baktericid. Injektionen riefen an der menschlichen Haut stets Dermatitis hervor, während sonstige Allgemeinerscheinungen fehlten. Die Versuche sollen fortgesetzt werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Kristallformen des Schwefels in Salben, von C. STICH. (*Pharm. Ztg.* 1907. Nr. 75.) Die Versuche wurden zwecks Darstellung eines Präparates von weitgehendster Kornfeinheit unternommen in der Annahme, dafs auch physiologisch die Reaktionsfähigkeit des Medikaments mit der Kornfeinheit wächst. Als am besten erwies sich folgende Verreibung: Schwefel aus Calciumpolysulfidlösung mit Eiswasser gefällt, ausgewaschen und noch feucht mit wasserfreiem Lanolin zu einer 30%igen Salbe verrieben.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur therapeutischen Verwendung des Schwefels, von E. RIECKE-Leipzig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 50.) Verfasser glaubt, dafs die therapeutische Verwendung des Schwefels einen sehr viel gröfseren Umfang haben würde, wenn es gelänge, die Schwefelsalben in gröfserer Konstanz herzustellen. Aus einer Reihe von Versuchen, die mit Hilfe des Apothekers STICH ausgeführt wurden, hebt R. folgende Vorschrift als besonders empfehlenswert hervor: Der aus Calciumpolysulfid frisch gefällte Schwefel wird (unter Berücksichtigung der Konzentration der Lösungsmittel und der Temperatur) noch feucht mit der Salbengrundlage verrieben, wobei man bis zu einem Gehalt von 30% steigern kann. Die Untersuchung mit dem Mikroskop, die sich übrigens bei allen Schwefelsalben dringend empfiehlt, ergibt eine äufserst feine Verteilung des Elementes. Diese 30%ige, als Pasta sulfuris pultiformis von R. bezeichnete Mischung hat sich als ein wirksames und haltbares Präparat sehr bewährt. Namentlich werden bei Scabies, seborrhoischem Ekzem, auch Seborrhoe der Kopfhaut, Rosacea und oberflächlichen parasitären Affektionen teils ganz vorzügliche Erfolge verzeichnet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über Thiopinol, von Dr. P. HEUBACH-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 40.) Verfasser will durch Thiopinolbäder erreicht haben, dafs innerhalb

1³/₄ Jahren bei nur 8% seiner Syphilisfälle Mundentzündung auftrat. Verfasser hebt dann noch die Bequemlichkeit der Thiopinolbäderbereitung hervor sowie ihre günstige Wirkung bei veralteter Scabies, bei Psoriasis und Prostatitis.

A. Straufs-Barmen.

Thiopinol, ein lösliches Schwefelpräparat, seine Anwendung in der Gynäkologie, von Dr. A. Horst-Berlin. (*Therap. d. Gegenw.* 1907. Nr. 12.) Das Thiopinol wurde in der Ohlshausenschen Klinik u. a. auch bei Blennorrhoe verwandt, in Form von Globuli mit 8 und 4%igem Gehalt von Sulfidschwefel sowie in Form von Stäbchen (3,5 und 7,5%). Verfasser berichtet über zehn Fälle. Bei allen handelte es sich um einen frischen blennorrhoischen Cervixkatarrh und eine akute Urethr. blen. Zur Sicherung der Diagnose wurden stets mikroskopische Präparate angefertigt. In den ersten Tagen der Erkrankung wurden nur Abspülungen der äufseren Genitalien mit desinfizierten Flüssigkeiten vorgenommen, reizlose Diät, milde Diuretika und Bettruhe verordnet. Am fünften bis sechsten Tage setzte die Behandlung ein. Alle Patientinnen wurden ambulant behandelt. Selbstverständlich wurde jeglicher geschlechtliche Verkehr verboten und womöglich die Behandlung des Mannes oder desjenigen, der die Infektion verursacht hatte, durchgesetzt und die Patientinnen ernst auf die Folgen der Erkrankung hingewiesen. Die Anwendungsform war eine derartige, dafs Verfasser zuerst täglich abwechselnd ein schwaches Stäbchen in die Urethra einlegte und eine schwache Kugel einführte, um nach vier bis fünf Tagen auf starke Stäbchen und Kugeln überzugehen. Nach zirka 12—14 Tagen — nach dieser Zeit war jedesmal eine sehr merkliche Abnahme des Sekrets zu konstatieren und die eitrige Beschaffenheit des Ausflusses war in eine mehr schleimig-glasige übergegangen — machte Verfasser in der Applikation gröfsere Intervalle. Sie erfolgte ein über den andern Tag, dann aber zu gleicher Zeit schwache Stäbchen und schwache Kugeln, um schliefslich bei Abklingen der Erkrankung zu Sitzbädern überzugehen. Einführung von Stäbchen in den Cervixkanal wurde dagegen peinlichst vermieden. Die Patientinnen durften auch keine Ausspülungen machen, sondern Verf. selbst reinigte jedesmal die Scheide vorsichtig mit einer desinfizierten Lösung, um sofort nach gehöriger Austrocknung eine neue Kugel einzulegen. Irgendwelche nennenswerten subjektive Beschwerden traten nicht auf, auch wurden unangenehme Nebenwirkungen nicht beobachtet. Für die Einführung der Harnröhrenstäbchen war natürlich Bedingung, dafs die Patientinnen stets mit entleerter Blase zur Behandlung kamen, aus Gründen, die schon oben erwähnt wurden. Der Erfolg war recht befriedigend. In neun Fällen gelang es, eine glatte Heilung herbeizuführen. Dafs diese sicher eingetreten war, wurde durch wiederholte Sekretionsuntersuchungen und durch Beschickung von geeigneten Nährböden festgestellt. Auch haben sich die Patientinnen späterhin wieder vorgestellt, ohne dafs ein Rezidiv festgestellt werden konnte.

Einen besonders bemerkenswerten Fall erwähnt Verfasser noch. Eine Patientin, Frau H., wurde von ihm wegen akuter Blennorrhoe in der angeführten Weise mit Thiopinol behandelt und war geheilt entlassen. Einige Monate nachher machte sie in der Klinik einen Partus praematurus durch; Wochenbett verlief fieberfrei; Untersuchung, die später stattfand, ergab: Parametrien und Anhänge frei; kein Ausflufs mehr.

Vor allen Dingen mufs Verfasser noch bemerken, dafs in keinem Falle irgendeine der bekannten Komplikationen eingetreten ist. Es ist nie zu einer aufsteigenden Erkrankung des Genitaltraktus gekommen, auch nicht zu einer sekundären Entzündung der Blase.

A. Straufs-Barmen.

Temperatursteigerung nach Thiosinamingebrauch, von E. Brinitzer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 4.) Bei einem an Sklerodermie leidenden 32jährigen

Manne tritt von der fünften Thiosinamininjektion (à 0,1) an regelmäfsig eine starke fieberhafte Reaktion ein, ebenso bei Fibrolysininjektionen. Durch allmähliches Steigern von kleinen Dosen auf höhere werden schliefslich 0,1 Thiosinamin und die entsprechende Dosis Fibrolysin gut vertragen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Tumenol und seine Anwendung in der Dermatologie, von Aug. Maes. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 177.) *Fritz Loeb-München.*

Über das neue Blasenantiseptikum Urogosan, von Keil-Berlin. (*Dtsch. med. Presse.* 1907. Nr. 8.) Urogosan ist eine Kombination von Urotropin und Gonosan und wird vom Verfasser zur Behandlung der Cystitis empfohlen.

Carl Schramm-Dortmund.

Wasserstoffsuperoxyd und seine Anwendung, von Friedrich Hellwig. (Inaug.-Dissert. Halle-Wittenberg 1908.) Bei Schmierkuren nützt das H_2O_2 nicht nur prophylaktisch zum Verhüten der merkuriellen Stomatitiden, sondern auch nach Ausbruch derselben konnte durch häufiges Mundspülen — ohne die Quecksilberkur zu unterbrechen — schnelle Heilung erzielt werden. *Fritz Loeb-München.*

Angioneurosen.

Die ätiologische Rolle des Vasomotorenzentrums bei Herzneurosen, Morbus Basedowii und Angioneurosen der Haut, von R. Polland. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1908. Nr. 2.) Verfasser beobachtete ein nervöses junges Mädchen, mit auffallend starker Urticaria, die oft bei psychischen Erregungen auftrat. Dabei zeigten sich Herzbeklemmungen, erhöhte Pulsfrequenz, Atemnot. Die zahllosen angewandten Mittel waren ziemlich machtlos, am besten wirkte Rodagen, ein Präparat aus der Milch von Ziegen, denen die Thyreoidea exstirpiert war. Verfasser nimmt an, dafs es eine Gruppe von meist chronischen Erkrankungen gibt, deren Symptome eine vorwiegende Beteiligung des Gefäfs- und Nervensystems erkennen lassen. Die Ursache dieser Erkrankungen ist eine abnorm gesteigerte Erregbarkeit des Vasomotorenzentrums in der Medulla oblongata. Das Zustandekommen der Herz- und Gefäfserscheinungen erfolgt auf dem Wege eines Reflexes, der sowohl durch periphere, wie zentrale Reize ausgelöst werden kann. Dazu ist eine Sensibilisierung der Reflexbahnen nötig. Die Reflexvorgänge können erst nach Ablauf einer gewissen Zeit auftreten und sind nicht streng an den Ort des Reizes gebunden. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Zusammentreffen und den Zusammenhang von vasomotorischen Dermatosen mit Achylie des Magens als Teilerscheinungen der Asthenia congenita, von Graul-Neuenahr. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 2.) Eine 18jährige, nervös belastete Patientin litt seit etwa zwei Jahren an einer Hautaffektion, welche sich bald als akutes circumskriptes (Quinckesches) Ödem bald als hartnäckiger pemphigusartiger Blasenausschlag an der Ohrgegend und auf der Mundschleimhaut darstellte. Zugleich bestanden Durchfälle, Gewichtsabnahme und Chlorose. Die wiederholt vorgenommene Untersuchung des Mageninhalts ergab einen vollständigen Mangel an H-Cl. Verfasser gibt kurz eine Erklärung und Schilderung der Vorgänge, durch welche Störungen im Gastro-intestinaltrakt zu Hautläsionen Anlafs geben können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Eine forensische Studie über die moderne Rechtsprechung bei Übertragung venerischer Erkrankungen, von Fernand Aurientis. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 475. 93 S.) Eine sehr verdienstliche Arbeit liegt in der Dissertation von Aurientis vor. In der Hauptsache ist die Arbeit juristisch, der Verfasser ist Mediziner, den Vorwurf, daſs er mit seiner Arbeit das engere Gebiet der Medizin verlasse, weist er unter Anführung eines Satzes von M. de Fleury (Introduction à la médecin de l'esprit) zurück, daſs der moderne Arzt sich auch um andere Dinge zu kümmern habe, als rheumatische Schmerzen und verkorxte Mägen. Einen weiteren möglichen Vorwurf, daſs er ja wohl nichts neues bringen könne, weist er mit Worten La Bruyères zuzück: daſs, was die Syphilis betreffe, alles seit Jahrtausenden schon gesagt sei und daſs man da immer zu spät komme. Verfasser führt einleitend einige nichtfranzösische Gesetzesbestimmungen an, um zu zeigen, dass die Titelfrage in einer Reihe von Kulturstaaten den Gesetzgeber beschäftigt hat, daſs aber in Frankreich die Worte Syphilis und ansteckende Krankheiten im Strafgesetz nicht vorkämen. Freilich habe das die französischen Richter nicht abgehalten, gerade in den letzten Jahren unter dem Einfluſs hygienischer Propaganda die Gesetze ihrem Sinne und nicht ihrem Wortlaut nach zu interpretieren (tout comme chez —? Ref.)

In den einzelnen Kapiteln seiner Arbeit erörtert der Verfasser die venerischen Krankheiten in ihren Beziehungen zur Ehe, die Syphilis der Arbeiter, so wie sie während der Arbeit erworben ist, die Syphilis der Ammen, schlieſslich allgemein die „Übertragungsmöglichkeiten“. *Fritz Loeb-München.*

Über die Resultate einer vierjährigen Tätigkeit des Finsenkabinetts am städtischen Kalinkinhospital zu Petersburg, von Proskurjakow. (*Russki Wratsch.* 1906. Nr. 8 und 9.) Auf Grund seiner Erfahrungen an 73 Lupuskranken, die mit Finsen behandelt und längere Zeit beobachtet worden sind, sagt Verfasser, daſs es eine schmerzlose Behandlung ist, welche das gesunde Gewebe nicht zerstört, besser als die anderen Behandlungsmethoden vor Rückfällen schützt und das beste kosmetische Resultat liefert. Was die praktische Ausführung anbelangt, so muſs bei ausgedehnten lupösen Ulcerationen mit der Finsenbehandlung solange gewartet werden, bis sich die Ulcerationen unter anderer Behandlung gebessert haben, und ferner kommt es zuweilen vor, daſs nach einigen Sitzungen die heilende Wirkung der Lichtbehandlung aufhört, um aber nach einer Unterbrechung in der Behandlung bei erneuter Anwendung von neuem aufzutreten. Die nicht der Finsenbehandlung zugänglichen Schleimhäute müssen auf andere Weise behandelt werden.

Endlich wirkt die Finsenbehandlung auch bei Ulcus rodens günstig, aber bewahrt nicht vor Rezidiven. *Arthur Jordan-Moskau.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. №. 10. 15. Mai 1908.

Aus dem Ostkrankenhause für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin.
Dirigierende Ärzte: Prof. KROMAYER und v. CHRISMAR.

Die Quecksilberkur mittels der Merkalatormaske Beiersdorf im Vergleich zu den bisher üblichen Kuren.

Von

Prof. KROMAYER, Berlin.

Aus meinem kürzlich erschienenen Aufsatze: „Über eine neue Quecksilber-Inhalationskur bei Syphilis", *Berlin. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 8, erlaube ich mir, einige Abschnitte zur Orientierung hierher zu setzen, um dann die experimentelle und kritische Prüfung dieser Kur im Vergleich zur Schmier- und Spritzkur eingehend zu besprechen.

Auf Grund der Erkenntnis, dafs das Quecksilber bei der Schmierkur durch die Atmungsluft von den Lungen aufgenommen wird, und dafs hierauf wesentlich die Quecksilberinkorporation beim Schmieren (JULIUSBURG[1]) beruht, sind eine Reihe von Behandlungsmethoden entstanden, die diese Quecksilberinhalation auf bequemere oder direkte Weise erreichen wollen: WELANDERS „Überstreichungs-" und „Säckchen"-Methode[2], BLASCHKOS Merkolintschurz[3], KUTNERS Kastenmethode[4], AHMANNS Merkurialmethode[5], THALMANNS Nasenquecksilberkur[6] und CRONQUISTS Schnupfungskur[7].

Ohne auf die Vorzüge und Nachteile dieser zum Teil originellen Methoden einzugehen bemerke ich hier nur, dafs sie gröfstenteils von den Autoren selber und von der Kritik nicht als vollwertig den anerkannten Methoden des Injizierens und Schmierens gegenübergestellt, sondern als Nebenmethoden ihnen subordiniert sind.

---

[1] JULIUSBURG, Experiment und Untersuchungen über die Quecksilberresorption beim Schmieren. *Arch. f. Derm.* 1899. Bd. 48.

[2] WELANDER, Über die Behandlung von Syphilis mittels Überstreichens usw. *Arch. f. Derm.* 1893. — Über eine einfache, therapeutisch kräftige Methode der Anwendung des Unguentum hydrargyri. *Arch. f. Derm.* 1897. Bd. 40.

[3] BLASCHKO, Eine neue Methode der Quecksilbertherapie. *Berl. klin. Wochenschr.* 1899. Nr. 46.

[4] KUTNER, Eine neue Methode der Syphilisbehandlung durch Inhalation. *Berl. klin. Wochenschr.* 1902. Nr. 2.

[5] AHMANN, Über die Behandlung der Syphilis mit Merkurial.

[6] THALMANN, *Deutsche militärärztl. Zeitschr.* 1906. Nr. 3.

[7] CRONQUIST, Eine Quecksilberschnupfungskur. *Arch. f. Derm.* 1907. Bd. 86. S. 181.

Das ist bedauerlich. Denn wenn die Atmungsluft bei der Schmierkur wirklich die Vermittlerin der Wirkung ist, so ist die Schmierkur ein schmieriger Umweg, und der Wunsch nach einer reinlichen, wirksamen Inhalationskur ist durchaus berechtigt.

Ich glaube diesen Wunsch durch die „Quecksilberinhalationsmaske Merkalator" erfüllen zu können.

Die von Beiersdorf-Hamburg hergestellte und also benannte Maske besteht aus einem einfachen leichten Drahtgestell, und ist von einer doppelten Lage Mull überzogen, der mit Quecksilber in feinster Verdünnung imprägniert ist. Jede Maske enthält in ihrem Mull 8 g regulinisches Quecksilber. Sie wird des Nachts über oder auch am Tage getragen und gibt an die Atmungsluft das für die Syphilisbehandlung notwendige Quecksilber ab.

Der Rand der etwa faustgroſsen halbkugeligen Maske ist in seinem oberen und unteren Teile biegsam, so daſs die Maske den Formen der Nase und des Kinnes bequem angepaſst werden kann. Sie wird über diesen Teilen durch zwei an den Maskenrand befestigte Bänder fixiert, die oberhalb der Ohren nach dem Hinterkopf geführt, dort gekreuzt und vorne auf der Stirn zusammengebunden werden. Die Maske kann bei dieser Art der Befestigung — wenn der Träger sich etwa schneuzen will — bequem auf die Stirn geschoben und alsdann wieder in die gleiche Lage vor Mund und Nase zurückgebracht werden.

Bei einer neuen Quecksilberinkorporationsmethode muſs als erste Frage entschieden werden, ob mit ihr genügende Mengen von Quecksilber inkorporiert werden können. Während das bei der Schmierkur feststeht und die Spritzkur ganz beliegig genau zu dosierende Mengen zu inkorporieren gestattet, scheinen die bisherigen Inhalationskuren von Welander[2], Blaschko[3], Kutner[4], Ahmann[5], Thalmann[6] und Cronquist[7] in diesem Punkte inferior zu sein.

Ich stellte daher an die Firma Beiersdorf die Aufgabe, einen so hochgradig mit Quecksilber imprägnierten Mull herzustellen, als nur möglich sei. Es gelang der Firma, 200 g Quecksilber auf 1 qm Mull unterzubringen. Mit diesem wurden etwas gröſsere Masken als die jetzt hergestellten doppelt bezogen, so daſs etwa 24 g regulinisches Quecksilber auf die Maske kamen. Die hiermit angestellten therapeutischen Versuche zeigten indessen bald, daſs die Quecksilberwirkung zu stark war.

In mehreren Fällen traten schon in den ersten Behandlungstagen akute Quecksilberintoxikationen auf in Gestalt von ausgebreiteten Erythemen, in zwei Fällen unter Begleitung von Fieber bis zu 39°; Erscheinungen, die zu sofortigem zeitweiligen Aussetzen der Behandlung nötigten, darauf rasch verschwanden, um bei vorsichtiger Fortsetzung der Kur nicht wiederzukehren.

Nach mancherlei Hin- und Herprobieren wurde schlieſslich eine Imprägnation von nur 100 g auf das Quadratmeter Mull und die Gröſse der Masken so gewählt, daſs jede Maske, wie schon erwähnt, nur 8 g regulinisches Quecksilber enthält.

Bei Anwendung dieser Maske während der Nachtzeit (8—9 Stunden) scheint der Grad an Quecksilberwirkung klinisch einzutreten, den wir bei den anerkannten Methoden zu beobachten gewohnt sind: rasche Beeinflussung der syphilitischen Produkte und die gewohnten Nebenerscheinungen im selben Grade und Häufigkeit: Stomatitis, Leibschmerzen. Im Laufe eines Jahres sind bis jetzt gegen 150 Syphilisfälle im Ostkrankenhause mit der Merkalatormaske behandelt worden, und zwar meistens während der Nachtzeit, zum Teil während des Tages, in einigen Fällen, wo es auf schnelle energische Wirkung ankam, während der Nacht und des Tages.

Von der Wiedergabe einzelner Krankengeschichten sehe ich ab. Die Quecksilberwirkung ist häufig schon am dritten Tage zu konstatieren, am siebenten Tage scheint sie ihre Höhe erreicht zu haben, und breite Condylome und Papeln zeigen deutlichen Rückgang. Auch die schwersten syphilitischen Exantheme — tertiäre Papeln, kleinpapulöses Exanthem, Gummata — sind in rascher Weise zur Heilung gebracht worden.

Auf der Frauenabteilung des Krankenhauses ist die Inhalationstherapie mit der Merkalatormaske zur Regel geworden, da die Patientinnen sie der Spritz- und Schmierkur vorziehen und die Maske gern und regelmäfsig tragen. Bei den gleichgültigeren Männern hat sie, da eine regelmäfsige Kontrolle des Nachts nicht möglich ist und auch das Tragen der Maske während des Tages auf Schwierigkeiten stiefs, wiederum der exakten Spritzkur Platz gemacht. In der Privatpraxis hat sich die Maske vor züglich bewährt.

Wenn ich mir nach nur einjähriger Beobachtung von ca. 160 Fällen ein Urteil über die Wirkungsweise der Merkalatormaske erlauben darf, so möchte ich sagen, dafs die Quecksilberwirkung rascher eintritt als bei der Schmierkur, etwas langsamer aber als bei der Spritzkur mit Hydrargyrum salicylicum, dafs sie also zwischen beiden stehen dürfte. Das ist natürlich ein subjektives Urteil; der Abteilungsarzt der Frauenabteilung, Dr. Lewitt, hat den Eindruck, dafs die Inhalationen noch schneller wirken als die Injektionen.

Über die Dauerwirkung und die Häufigkeit der Rezidive läfst sich natürlich nach so kurzer Zeit nicht urteilen. Sie dürften sich wohl ähnlich wie nach der Schmierkur verhalten.

Eine wichtige und schwer zu entscheidende Frage ist es, wie lange eine Maske gebraucht werden kann, ohne erheblich an Wirkung zu verlieren. Dafs ihre Wirkung im Beginn am stärksten ist und allmählich abnimmt, ist theoretisch ohne weiteres klar; wann aber die Maske in praxi, um eine gleichmäfsige Kur zu gewährleisten durch eine neue ersetzt werden mufs, ist Sache der Erfahrung, vielleicht auch der Überlegung und Untersuchung. Die klinische Beobachtung im Krankenhause hat dazu geführt, dafs die anfängliche Benutzung einer einzelnen Maske während drei Wochen, auf zwei Wochen und zuletzt auf zehn Tage herabgesetzt wurde, so dafs jetzt zu einer Vollkur drei bis vier Masken verbraucht werden. Und zwar wird jede Maske fünf Tage in einer Lage und fünf Tage in der entgegengesetzten gebraucht. Der aus der Nase strömende warme Atem trifft wesentlich die unteren Teile der Maske und bringt dort das Quecksilber zur Verdunstung, während die oberen Teile der Maske (über dem Nasenrücken) mehr geschont werden. Deshalb mufs die Maske in beiden Lagen gebraucht werden.

Indessen verliert die Maske selbst nach Wochen nicht vollkommen ihre Wirkung, wie ich in einem Falle konstatieren konnte, in welchem ein Kranker versehentlich eine alte, schon „erschöpfte" Maske anstatt einer neuen erhielt und trotzdem nach einigen Tagen deutlichen Rückgang der syphilitischen Erscheinungen und Stomatitis aufwies.

Man wird wohl in der Dauer des Gebrauchs bei den Masken variieren und individualisieren und, wo intensiv und rasch gewirkt werden soll, einen schnelleren, wo allmählich und schwächer gewirkt werden soll, einen langsamen Maskenwechsel eintreten lassen. Eine zehntägige Gebrauchsdauer darf man vielleicht als einen mittleren Durchschnitt gelten lassen.

Die Berechtigung, eine neue Quecksilberkorporationsmethode einzuführen, liegt in den Mängeln der bisherigen. Die Schmierkur, die richtig ausgeführt und mit heifsen Bädern und Schwitzen kombiniert, meines Erachtens immer noch an erster Stelle steht, hat den Nachteil der Umständlichkeit und häufig der Unmöglichkeit, sie überhaupt oder wenigstens exakt auszuführen. Die exakte Spritzkur ist nur vom Arzt selber zu machen und hat andere Inkonvenienzen. Die interne Therapie ist in der Wirkung unregelmäfsig und ungenau. Die bisherigen Inhalationskuren sind als Vollkuren nicht anerkannt und zum Teil nicht einmal als solche angegeben worden.

Die Merkalatormaske hat zunächst den Vorteil der Bequemlichkeit und Unauffälligkeit. Das sind zwar nur Äufserlichkeiten, die aber in der Praxis häufig den entscheidenden Ausschlag geben. Es soll indessen nicht unerwähnt bleiben, dafs gelegentlich in den ersten Nächten der Anwendung über leichten Druck im Kopf und Schwindel des Morgens und über unruhigen Schlaf geklagt worden ist. In weitaus der Mehrzahl der Fälle war aber das Tragen der Maske während der Nacht von keinerlei Unannehmlichkeiten begleitet.

Der Spritzkur steht natürlich die Merkalatormaske an Exaktheit der Dosierung nach, sie teilt diesen Nachteil aber auch mit der bestausgeführten Schmierkur. Indessen hat sie eine grofse Dosierungsbreite. Die Maske kann jede Nacht getragen werden oder, wenn die Wirkung zu stark ist, nur einen Teil der Nacht oder einen Teil des Tages oder jede zweite Nacht. Soll die Wirkung erhöht werden, so kann sie Tag und Nacht getragen werden, was natürlich nicht überall ausführbar sein dürfte. Für diese und besondere Fälle würde Beiersdorf auch auf Verlangen eine stärkere Maske anfertigen, welche eine vierfache Lage Mull, d. h. 16 g Quecksilber enthält.[8] Diese starke Maske würde somit eine gröfsere Quecksilberverdunstung haben und wohl auch den höchstgesteigerten Anforderungen genügen.

Einen grofsen Vorteil der Spritzkur gegenüber hat aber die Merkalatorbehandlung darin, dafs bei eintretenden Intoxikationserscheinungen die Quecksilberresorption sofort mit Weglassen der Maske unterbrochen wird, während aus den Injektionsdepots noch weiter Quecksilber resorbiert wird. Auch die Schmierkur und die internen Behandlungen stehen in dieser Beziehung der Merkalatortherapie nach, die zweifellos als die ungefährlichste Quecksilberbehandlung anzusehen ist und bei der jene Todesfälle der Injektionskuren als sicher vermeidbar erscheinen.

Fasse ich mein Urteil und meine Erfahrungen mit der Merkalatormaske zusammen, so glaube ich, die Inhalationstherapie mit ihr als geeignet sowohl für eine sichere, ungefährliche Vollkur als auch als bequeme Interimskur der Syphilis bezeichnen zu können, die, ohne die Schmier- und Spritzkur überflüssig zu machen, eine wesentliche Bereicherung unserer Syphilisbehandlung darstellt.

Quecksilberausscheidung im Urin.

Der klinischen Beobachtung, die für die Beurteilung der Wirkung einer Quecksilbermethode an erster Stelle wichtig und ausschlaggebend ist, steht unterstützend zur Seite die quantitative Harnuntersuchung auf Quecksilber, insofern man anzunehmen berechtigt ist, dafs die quantitative Aus-

[8] Dasselbe läfst sich erreichen, wenn man anstatt einer zwei Masken gleichzeitig benutzt, indem man die eine in die andere stülpt.

scheidung des Quecksilbers im Urin abhängt von der Menge des im Körper resp. im Blute befindlichen Quecksilbers.

Ich habe im Sommer vorigen Jahres diese quantitativen Untersuchungen bei einer Reihe von Patienten vornehmen lassen, die verschiedenen Quecksilberkuren unterworfen wurden, um einen gegenseitigen Vergleich zu ermöglichen.

Dabei wurde in Anlehnung an Bürgi[9] so verfahren, dafs der gesamte Urin von 12 Uhr mittags bis zum folgenden Tag 12 Uhr gesammelt und nach der Farupschen Methode, deren sich auch Bürgi bedient hat, in dem bekannten chemischen Institute von Dr. Aufrecht in Berlin quantitativ untersucht wurde.

Da die Resultate von denen anderer Autoren, insbesondere von denen Bürgi in einigen Punkten nicht unerheblich abweichen, so sollen auch diese in den Vergleich mit hineinbezogen werden.

1. Schmierkur.

Die Schmierkur wird im Ostkrankenhaus mit einem 33 %igen Seifenpräparat „Hageen[10]" derart ausgeführt, dafs täglich 3 g in sechstägigem Turnus in die Haut eingeschlemmt werden und Sonntags Ruhetag und Reinigungsbad ist.

Tabelle 1.

Kr., J.-Nr. 3181, wurde vom 30. Juni bis 30. Juli einer Hageen-Schmierkur unterworfen. Die ausgeschiedenen Hg-Mengen sind aus umstehender Tabelle ersichtlich.

Wie man sieht, steigt die Hg-Ausscheidung mit dem Fortschreiten der Kur ganz allmählich und stetig an, so dafs sie am letzten Tage 6,3 mg beträgt. Dieses stetige Ansteigen wird auch von Welander, Bürgi und anderen beobachtet, nur sind die Werte etwas geringer. Bei Bürgi steigt die Hg-Menge bei Schmierkuren mit 3 g täglich nicht über 3,1 mg, also nur auf die Hälfte der hier gefundenen Menge. Ob die gröfsere Hg-Ausscheidung bei der Hageen-Schmierkur allein auf der stärkeren Verdunstung des von der Seifenzwischensubstanz befreiten Quecksilbers beruht, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls stimmt sie gut mit der klinischen Beobachtung überein, nach der die Hageen-Schmierkur eine sehr energische Hg-Wirkung zeigt.

---

[9] Bürgi, Gröfse und Verlauf der Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei den verschiedenen üblichen Kuren. *Arch. f. Derm.* 1906. Bd. 79, S. 3.

[10] Assmy und Rave, Hageen, ein neues Quecksilberseifenpräparat zur Inunktionskur. *Med. Klinik.* 1908. Nr. 9.

Unter-suchungstag	Datum der Entleerung	Gesamt-menge des Urins in Liter	Quecksilber-menge mg	
1.	29. 6. bis 30. 6.	1/2	0,8	
2.	30. 6.	1/2	1,0	Sonntag, keine Einreibung
3.	1. 7.	9/10	0,9	
4.	2. 7.	1 1/4	1,0	
5.	3. 7.	1 1/2	1,2	
6.	4. 7.	1	0,8	
7.	5. 7.	1 1/2	1,25	
8.	6. 7.	1	1,4	
9.	7. 7.	2	1,7	Sonntag, keine Einreibung
10.	8. 7.	3/4	1,6	
11.	9. 7.	3/4	1,5	
12.	10. 7.	1	2,0	
13.	11. 7.	3/4	2,6	
14.	12. 7.	1 1/2	2,8	
15.	13. 7.	1 1/2	2,85	
16.	14. 7.	1 1/2	3,1	Sonntag, keine Einreibung
17.	15. 7.	3/4	3,2	
18.	16. 7.	3/4	3,5	
19.	17. 7.	1 1/2	3,8	
20.	18. 7.	1 1/2	4,2	
21.	19. 7.	1	4,1	
22.	20. 7.	1	4,6	
23.	21. 7.	1 1/2	5,1	Sonntag, keine Einreibung
24.	22. 7.	1 1/4	5,0	
25.	23. 7.	1 1/4	5,0	
26.	24. 7.	3/4	5,8	
27.	25. 7.	2	5,0	
28.	26. 7.	3/4	5,3	
29.	27. 7.	1	5,6	
30.	28. 7.	2 1/2	6,2	Sonntag, keine Einreibung
31.	29. 7.	3/4	6,3	
		Total	98,7	= 3,2 pro die

2. Spritzkur.

Zur regelrechten Spritzkur wird im Ostkrankenhause Hydr. salicyl. in 10 %iger Paraffinemulsion verwandt. Es werden täglich, mit Ausnahme des Sonntags, 0,4 g dieser Emulsion eingespritzt, entsprechend 0,04 g Hg. salic. = 0,024 Hg.

Tabelle 2.

Gr., J.-Nr. 3177, macht vom 29. Juni bis 12. Juli eine Spritzkur durch, bei der die in nachstehender Tabelle verzeichneten Hg-Mengen gefunden werden.

Untersuchungstag	Datum der Entleerung	Gesamtmenge des Urins in Liter	Quecksilbermenge mg	
1.	29. 6. bis 30. 6.	1	0,6	
2.	30. 6.	1½	0,9	Sonntag, keine Injektion
3.	1. 7.	2¼	1,2	
4.	2. 7.	1¼	2,25	
5.	3. 7.	2¾	1,8	
6.	4. 7.	1½	1,9	
7.	5. 7.	2½	2,5	
8.	6. 7.	1	2,6	
9.	7. 7.	2¾	2,9	Sonntag, keine Injektion
10.	8. 7.	1½	3,1	
11.	9. 7.	1	3,4	
12.	10. 7.	1	4,8	
		Total	27,95	= 2,8 pro die

Eingeführt 240 mg Hg, davon ausgeschieden 27,95 = 11,6 %.

Tabelle 3.

Th., J.-Nr. 3212, macht vom 20. Juli bis 30. Juli eine Spritzkur durch. Am 20. Juli erhält er die erste Injektion à 0,04 Hydr. salicyl. Vom folgenden Tage an beginnt die Urinuntersuchung.

Untersuchungstag	Datum der Entleerung	Gesamtmenge des Urins in Liter	Quecksilbermenge mg	
1.	21. 7. bis 22. 7.	2¾	1,8	Sonntag, keine Injektion
2.	22. 7.	3	1,7	
3.	23. 7.	1¼	2,0	
4.	24. 7.	2	2,1	
5.	25. 7.	2½	2,4	
6.	26. 7.	3	2,7	
7.	27. 7.	3	2,8	
8.	28. 7.	3	3,0	Sonntag, keine Injektion
		Total	18,5	= 2,3 pro die

Eingeführt 168 mg (Injektion am 20. Juli mitgerechnet), ausgeschieden 18,5 = 11 %.

Ebenso wie bei der Schmierkur zeigen die Hg-Ausscheidungen der beiden vorstehenden Tabellen eine steigende Tendenz mit dem Fortschreiten

der Kur, nur daſs die ausgeschiedenen Mengen gröſser sind wie bei der Schmierkur.

Vergleicht man aber die hier gefundenen Hg-Mengen mit denen, die WELANDER[11] und BÜRGI (l. c.) bei Injektionen von 0,05 resp. 0,1 Hydr. salicyl. (jeden dritten resp. vierten Tag) erhalten haben, so sind sie weit geringer als diese. Noch bemerkenswerter ist es aber, daſs bei jenen jedesmal mit der Injektion eine sprunghafte Erhöhung der Hg-Ausscheidung stattfindet, die in den Zwischentagen wiederum rasch absinkt. Auf diesen von BÜRGI und WELANDER stark betonten Ausscheidungsmodus werde ich noch später eingehend zurückkommen.

3. Inhalationskur mit der Merkalatormaske Beiersdorf.

Tabelle 4.

St., J.-Nr. 3285. Inhalationskur während der Nacht.

Behandlungstag	Datum der Entleerung	Gesamtmenge des Urins in Liter	Quecksilbermenge mg
1.	26. 7. bis 27. 7.	1	2,1
2.	27. 7.	1	2,0
3.	28. 7.	2	2,5
4.	29. 7.	1½	2,8
5.	30. 7.	1	3,2
6.	1. 8.	1¼	3,0
7.	2. 8.	1	3,3
8.	3. 8.	1	3,5
9.	4. 8.	1	3,8
10.	5. 8.	1½	3,7
11.	6. 8.	1½	4,0
12.	7. 8.	1	4,0
13.	8. 8.	1½	4,2
14.	9. 8.	1	4,1
15.	10. 8.	1	4,6
16.	11. 8.	1	4,4
17.	12. 8.	1	4,8
18.	13. 8.	1	5,0
		Total	65,0 = 3,6 pro die

Tabelle 5.

Sch., J.-Nr. 3182. Beginn der Kur in der Nacht vom 1. Juli auf 2. Juli. Am 3. Juli, morgens, zeigt sich auf dem ganzen Körper scharlachartiges Hg-Exanthem; Fieber 38,5. Am 4. Juli Exanthem und Fieber

[11] WELANDER, Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injektion von Salicylsäure-Quecksilber und mit Merkuriolöl. *Arch. f. Derm.* 1907. Bd. 87, S. 3.

wieder verschwunden. Bis zum 7. Juli werden die Inhalationen ausgesetzt; von da Inhalationen gut vertragen. Am 13. Juli auf Wunsch wegen Arbeitsverhältnissen entlassen. Die bei der Aufnahme vorhandenen Plaques muqueuses der Zunge und die Angina spec. verschwunden; die Condyl. lata ad anum et scrotum in guter Rückbildung.

Behandlungstag	Datum der Entleerung	Gesamtmenge des Urins in Liter	Quecksilbermenge mg	
1.	2. 7. bis 3. 7.	1	1,0	
2.	3. 7.	3	0,6	keine Inhalation
3.	4. 7.	3	0,4	keine Inhalation
4.	5. 7.	3	0,9	keine Inhalation
5.	6. 7.	3	0,8	keine Inhalation
6.	7. 7.	3	1,5	
7.	8. 7.	3	1,6	
8.	9. 7.	2	1,8	
9.	10. 7.	3½	2,3	
10.	11. 7.	1¾	2,5	
11.	12. 7.	2½	2,8	
		Total	16,2 = 1,4 pro die	

Auch diese Tabellen zeigen wie die früheren eine stetig steigende Tendenz der Hg-Ausscheidung mit dem Fortschreiten der Kur. Die ausgeschiedenen Mengen bei beiden Tabellen differieren etwas untereinander, sind aber fast gleich denen der Injektionen (Tabelle 2 und 3), wenn man Tabelle 5 mit 2 und 4 mit 3 vergleicht.

Kritische Betrachtungen.

1. Spritzkur.

Es bestand die Absicht, bei allen fünf Patienten, deren Tabellen oben aufgeführt sind, die Urinuntersuchungen bis zum Schlufs der Kur fortzusetzen. Leider wurde diese Absicht durch frühzeitige Entlassung aus verschiedenen Gründen bei Vieren vereitelt. Trotzdem sind die Untersuchungen nicht vergebens gewesen und geeignet, im Verein mit den Resultaten der schon mehrfach erwähnten grundlegenden Arbeit Bürgis neue Gesichtspunkte für die Beurteilung der verschiedenen Quecksilberbehandlungsmethoden zu gewinnen.

Von allen Methoden kommt nur die Injektion in Frage, wenn es gilt, sich ein bestimmtes Urteil über die prozentuale Gröfse der Hg-Ausscheidung zu bilden. Denn nur bei ihr wissen wir, wieviel Hg wir dem Körper einverleiben. Bei den intravenösen Injektionen nach Bacelli liegen diesbezüglich die Verhältnisse am klarsten: alles injizierte Hg befindet sich im Blute im Momente der Injektion; aber auch bei den intra-

muskulären Injektionen mit Hydrargyrum salicylicum und Sublimat dürfen wir nach den Untersuchungen von Welander und Bürgi annehmen, daſs der gröſste Teil der Injektionen noch am Tage selbst zur Resorption gelangt, wir dürfen somit ohne groſse Fehlerquelle die resorbierte Menge Hg gleichsetzen der injizierten.

Nach den Untersuchungen Bürgis werden ausgeschieden durch die Nieren bei den intravenösen Sublimatinjektionen noch während der Kur 50 %, während dagegen bei den intramuskulären Sublimatinjektionen dieser Prozentsatz nur 25—30 beträgt (l. c., S. 311 und 323). Es kommt hinzu, daſs die Hg-Ausscheidung bei den intramuskulären Sublimatinjektionen ganz langsam beginnt und stetig langsam steigt, daſs aber die Hg-Ausscheidung bei der intravenösen Injektion sofort hoch einsetzt und in einigen der ersten Tage sogar die Höhe der täglich injizierten Hg-Menge erreicht. (Bürgi, l. c., Tabelle Sublimatinjektionen, S. 308.)

Dieser fundamentale Unterschied kann nur durch die Art der Inkorporation erklärt werden. Bei der intravenösen Injektion überschwemmt die ganze Hg-Menge das Blut momentan und wird auch alsobald wieder ausscheiden, bevor es, wenn ich so sagen darf, warm geworden ist, bevor es Zeit gefunden hat, losere und festere Verbindungen mit Blutbestandteilen, Zellen und Gewebe einzugehen. Ganz anders bei der intramuskulären Injektion: Die lösliche Verbindung wird wohl gröſstenteils in loco in eine unlösliche verwandelt und ganz langsam resorbiert, das Hg hat Zeit, intimere chemische Verbindungen herzustellen, und gelangt infolgedessen langsamer zur Ausscheidung.

Schluſsfolgernd lassen sich folgende Hypothesen aufstellen:

1. Je plötzlicher das Hg ins Blut übergeht, um so rascher wird es ausgeschieden.

2. Quecksilberinkorporationen mit langsamer Ausscheidung (intramuskuläre Sublimatinjektion) sind wirksamer als solche mit schneller Ausscheidung (intravenöse Sublimatinjektion), da das ausgeschiedene Hg für die Wirkung auf die syphilitischen Produkte natürlich in Wegfall kommt.

Betrachten wir hiernach die Hg-Ausscheidungen bei Injektionen mit unlöslichen Salzen: Nach Bürgi (l. c., S. 323) beträgt bei dieser die Hg-Ausscheidung durch die Nieren während der Kur 25—30 %, ebenso wie bei den intramuskulären Sublimatinjektionen; dabei ist aber zu berücksichtigen, daſs die Ausscheidungen nicht gleichmäſsig steigend und stetig sind wie bei jenen, sondern daſs nach jeder Injektion (0,1 Hydrargyrum salicylicum jeden dritten bis vierten Tag) die Hg-Ausscheidung in die Höhe schnellt, um in den nachfolgenden Tagen wieder stark abzufallen, daſs also ebenso wie bei den intravenösen Sublimatinjektionen ein rasches Ausscheiden

erfolgt, welches die Quecksilberwirkung auf die syphilitischen Produkte naturgemäfs beeinträchtigt (Hypothese 2).

Hierzu im auffallenden Gegensatz stehen meine Tabellen 2 und 3, bei denen nur 11% und 11,6% der eingeführten Quecksilbermengen während der Behandlungszeit ausgeschieden worden sind. Bei diesen Patienten sind täglich kleinere Hydrargyrum salicylicum-Injektionen (0,04 Hydrargyrum salicylicum) gemacht, während bei Bürgi alle drei bis vier Tage grofse Injektionen appliziert wurden. Obgleich die eingeführten Hg-Mengen, auf einen bestimmten Zeitabschnitt berechnet, nicht sonderlich differieren (6 : 5), ist doch der Unterschied von 25% bei Bürgi und 11% bei mir sehr grofs. Da aber die 25% bei Bürgi für die ganze vollendete Kur, meine 11% und 11,6% für den Beginn der Kur gelten, so ist dieser direkte Vergleich nicht exakt. Berechnet man die Hg-Ausscheidung für die ersten zwölf Tage bei Bürgi (S. 314), so erhält man für die vier von ihm untersuchten Fälle 23,8%, 20%, 15%, 14% gegenüber meinen 11% und 11,6%. Die Differenz ist nicht mehr so erheblich und kann durch die Hypothese 1 befriedigend erklärt werden. Wir sehen also, dafs eine ganz ähnliche Differenz zwischen den intravenösen und intramuskulären Sublimatinjektionen besteht, wie zwischen den mehrtägigen grofsen und eintägigen kleinen Injektionen von Hydr. salicyl.

Nach Hypothese 2 sind also die täglichen kleinen Injektionen ceteris paribus wirksamer als die mehrtägigen grofsen. Die im Ostkrankenhause, in der Absicht eine regelmäfsigere Hg-Wirkung zu erhalten, eingeführten täglichen Hg-Injektionen haben aufserdem den Vorteil der relativ gröfseren Wirksamkeit, so dafs sie überall empfohlen zu werden verdienen, wo die äufseren Umstände sie möglich machen.

2. Schmierkur.

Nachdem wir im vorigen Abschnitt erkannt haben, dafs die ausgeschiedene Hg-Menge im Urin nicht, wie bisher angenommen, in direkte Parallele zu der tatsächlich resorbierten Menge zu setzen ist, sondern dafs die Plötzlichkeit der Resorption einen starken Einflufs auf die Ausscheidung hat —, werden wir nunmehr auch den verhältnismäfsig geringen Hg-Ausscheidungen bei der Schmierkur, die nach bisheriger Auffassung die Schmierkur hätten diskreditieren müssen, mit besserem Verständnis gegenübertreten. Nicht weil bei der Schmierkur so wenig Hg zur Resorption kommt, sondern weil dieses Hg ganz allmählich in minimalsten Quantitäten mit jedem Atemzuge zur Resorption kommt, ist die Hg-Ausscheidung im Urin verhältnismäfsig so gering. (Hypothese 1.)

Dafs sie aber zum Schlufs doch recht hohe Werte erreichen kann, zeigt Tabelle 1. Freilich ist diese Schmierkur mit einem Seifenpräparat gemacht, das beim Einschlemmen in die Haut das regulinische Queck-

silber freiwerden läſst und somit eine gröſsere Verdunstungsmöglichkeit des Quecksilbers schafft, als bei den Fettsalben.

Nach meinen Erfahrungen wird die klinische Wirkung der Injektions kur durch eine Schmierkur mit gewöhnlichen Quecksilbersalben[12] erst dann erreicht, wenn wenigstens 4, besser 5 g in einem nur viertägigen Turnus auf die ganze Körperfläche, (erster und zweiter Tag je ein Bein mit Gesäſs, dritter Tag beide Arme mit Schulter zusammen, vierter Tag Rumpf) gründlich verrieben werden.

Für die langsamer eintretende Wirkung der Schmierkur gegenüber der Spritzkur entschädigt aber die längere Remanenz des Quecksilbers im Körper, die theoretisch selbstverständlich ist, sobald man eine verhältnismäſsig geringere Ausscheidung während der Kur annimmt. Diese kommt klinisch nach meinen Erfahrungen, die sich im Laufe von 18 Jahren auf etwa 4000 Syphilisfälle, die mit Hydr. salicyl.-Injektionen behandelt worden sind und etwa 1000 Fälle, die eine Schmierkur durchgemacht haben, in folgendem zum Ausdruck:

1. Die Lieblingszeit für Syphilis-Rezidive nach der ersten gründlichen Schmierkur ist drei Monate nach Beendigung der Kur; diejenige der Spritzkur zwei Monate.

2. Die Rezidive nach der Spritzkur sind relativ häufiger als nach der Schmierkur.

Sowohl nach meinen praktischen Erfahrungen wie nach den hier niedergelegten theoretischen Erwägungen glaube ich daher eine gründlich durchgeführte Schmierkur, insbesondere wenn sie mit häufigen Bädern, Schwitzen usw. verbunden wird, immer noch als beste Quecksilberkur gegen Syphilis bezeichnen zu sollen.

3. Inhalationskur mit der Merkalatormaske Beiersdorf.

Was im vorhergehenden über Resorption und Ausscheidung des Hg bei der Schmierkur gesagt ist, gilt ebenso für die direkte Inhalationskur, denn die Schmierkur ist wesentlich eine Inhalationskur. Zwischen beiden besteht nur der Unterschied, daſs bei der ersteren die Hg-Einatmungen während Tag und Nacht, bei der letzteren nur zeitweise (während der Nacht) erfolgen. Aus den Tabellen geht hervor, daſs zu Anfang der Kur die Hg-Ausscheidung beträchtlich höher ist wie bei der Schmierkur, was natürlich auf eine stärkere Resorption von Hg bei der Merkalatorkur zu beziehen ist. Da, wie schon früher ausgeführt, die Hg-Ausscheidungen mit denen der Injektionen (Tabelle 2, 3) gut übereinstimmen, so ist man berechtigt, daraus auf eine ebenso prompt eintretende klinische Wirkung der Merkalatorkur wie der Injektionskur zu schlieſsen, was durch die klinische Erfahrung bestätigt wird.

---

[12] Kromayer, Schmierkur und Schmiersalbe. *„Dermatol. Centralbl."* 10. Jahrg., Nr. 1.

Tabelle 5 ist noch dadurch besonders interessant, daſs vom zweiten bis fünften Tag die Inhalationen infolge eines scharlachähnlichen Quecksilber-Exanthems ausgesetzt wurden, ohne daſs, wie wir es bei groſsen Hydr. salicyl.-Injektionen gewohnt sind, an den folgenden Tagen die Ausscheidung des Hg stark abfällt. Wir dürfen, wie das ja nicht anders aus theoretischen Gründen zu erwarten ist, auf eine verhältnismäſsig lange Remanenz des Hg bei der Merkalatorkur schlieſsen, die wir ja auch bei der Schmierkur[13] im Gegensatz zu den Hydr. salicyl.-Injektionen annehmen und die von Welander für seine Merkuriol-Injektionen ebenfalls nachgewiesen ist. Die Merkalatorkur verbindet daher die Vorteile der raschen klinischen Wirkung der Hydr. salicyl.-Injektionen und der regelmäſsig und stetig steigenden und lange anhaltenden Wirkung der Schmierkur.

Ich fasse die hauptsächlichsten Resultate der kritischen Betrachtung in folgende Thesen zusammen:

1. Die Menge des im Urin ausgeschiedenen Quecksilbers hängt nicht allein von der Menge des tatsächlich resorbierten Quecksilbers ab, sondern auch von der Schnelligkeit, mit der die Resorption vor sich geht.

2. Schnellere Resorption des Hg hat auch ceteris paribus schnellere Ausscheidung zur Folge.

3. Inkorporationsmethoden mit schneller Resorption und schneller Ausscheidung sind ceteris paribus von geringerem Werte als solche mit allmählicher Resorption und langsamer Ausscheidung.

4. Inkorporationsmethoden mit allmählicher Resorption und langsamer Ausscheidung haben ceteris paribus eine längere Remanenz des Quecksilbers.

5. Die intravenösen Sublimatinjektionen nach Bacelli erregen nicht nur praktisch wegen ihrer Gefährlichkeit, sondern auch theoretisch wegen der raschen Ausscheidung des Hg Bedenken.

6. Groſse Hydr. salicyl.-Injektionen in mehrtägigen Intervallen sind ceteris paribus weniger wirksam als tägliche kleine Injektionen mit Hydr. salicyl.

7. Die Schmierkur hat den Vorteil der langsamen Resorption, der allmählicheren Ausscheidung und der längeren Remanenz des Quecksilbers gegenüber den Hydr. salicyl.-Injektionen.

8. Die Merkalatorkur verbindet die Vorteile der Schmierkur mit der raschen Wirkung der Hydr. salicyl.-Injektionen.

---

[13] Disselhorst, Über Quecksilberausscheidung bei Syphilitikern. „*Berl. klin. Wochenschr.*“ 1907. Nr. 39.

Beitrag zur Statistik der Gonorrhoe-Infektion.

Von

FELIX PINKUS.

In dem von RUD. ISAAC und mir geleiteten Ambulatorium wurden in den Jahren 1903—1907, soweit dies möglich war, bei allen Tripperfällen die von den Kranken gemachten Angaben über ihre Infektion notiert, und es ergab sich folgende Verteilung der Ansteckungsmöglichkeiten.

Von 3339 Fällen konnte die Ansteckungsquelle 2512 mal eruiert werden. Unter diesen 2512 Kranken hatten sich infiziert:

An Puellae publicae, die unter Kontrolle standen ..	1350 = 52,74 %
„ clandestinen Prostituierten, Kellnerinnen	221 = 9,80 %
	1571 = 62,54 %

Unter weiteren 857 Fällen ergab sich als Infektionsmodus:

In kaufmännischen Betrieben angestellte Mädchen (Verkäuferinnen, Kontoristinnen usw.) .... (3 von aufserhalb Berlins)	321
In der Haushaltung beschäftigte Mädchen (Dienstmädchen, Kindermädchen, Wirtschafterinnen) .... (3 von aufserhalb Berlins)	129
Fabrikarbeiterinnen .... (3 von aufserhalb Berlins)	120
Mädchen in selbständigem Beruf mit Handarbeit (Näherin, Putzmacherin, Plätterin, Friseuse, Händlerin)	68
Mädchen mit geistig höherem Beruf (Schauspielerin, Krankenpflegerin usw.)	20
Mädchen ohne Beruf (bei den Eltern)	39
Verhältnis oder Braut	39
Bekanntschaft aus dem Tanzlokal ohne Angabe des Berufs	59
Beruf unbekannt .... (3 von aufserhalb Berlins)	14
Verheiratete Frau	20
Geschiedene Frau oder Witwe	24
Bauernmädchen	1
Schulmädchen	1
Araberin	1
Mann (homosexuell)	1

In den noch fehlenden Fällen handelte es sich um Rezidive oder um konjugale Infektionen.

Unter 2810 Gonorrhoen bestand Urethritis posterior 852 mal = 30,32 %
„ 3339 „ „ Epididymitis ..... 415 „ = 12,46 %
„ 852 Urethritis posterior bestand Epididymitis 360 „ = 42,25 %
In der Behandlung entstand Epididymitis .... 178 „ = 5,33 %

Von anderen Komplikationen wurden beobachtet:

Oedema praeputii infolge von Lymphangitis, Lymphadenitis .... 40 mal unter 2665
Paraurethrale Gänge, Periurethritis .... 46 „
(darunter 2 mal isolierte Gonorrhoe des Ganges ohne Gonorrhoe der Urethra)
Prostataabsceſs und schwere Prostatitis .... 22 „
Nephritis (starke Albuminurie) .... 5 „
Episkleritis .... 1 „
Rheumatische Schmerzen .... 16 „
Strikturen (meistens filiform) .... 25 „

Die Anzahl der von uns behandelten gonorrhoischen Frauen ist leider im Verhältnis zu der der Männer ganz verschwindend klein, nur 119.

Darunter befinden sich 5 Fälle von Vulvovaginitis der Kinder und eine Vulvovaginitis einer älteren Frau, deren Genitalapparat einen kindlichen Habitus gewahrt hatte (sehr enge Vagina, die nie während ihrer Ehe einen vollständigen Coitus ermöglicht hatte).

Unter den 1487 Gonorrhoefällen der letzten beiden Jahre befanden sich mindestens 84 verheiratete Männer, und gerade von diesen haben die allerwenigsten die zur Heilung notwendige Behandlung bis zum Ende durchgemacht.

Unsere Behandlung der akuten gonorrhoischen Urethritis anterior war rein lokal, Einspritzungen und Spülungen. Die antiseptischen Mittel, welche wir verwendeten, waren bis 1906 Protargol, von da an mehr und mehr Ichthargan. Nur kurze Versuchsreihen (etwa je 100 Fälle), die nicht befriedigten, wurden mit Zinksulfat, Zincum sozojodolicum und Albargin durchgeführt. Von einer günstigen Wirkung balsamischer Mittel haben wir bei gewöhnlichen Gonorrhoen der vorderen Urethra nicht das Geringste gesehen. Verwendet wurde vor allen Dingen, und bei Urethritis posterior auch zuweilen mit recht befriedigendem Ergebnis, das Santyl, welches wenigstens keine störenden Nebenwirkungen von seiten des Magens besitzt.

Das Verschwinden der Gonokokken durch balsamische Mittel haben wir nie beobachten können. In Fällen, welche lange Zeit (wochen- und monatelang) von anderer Seite nur mit Sandelöl oder Gonosan behandelt worden waren, haben wir mehrmals Gonokokken gefunden. In solchen

Fällen, die sich gonokokkenfrei erwiesen, habe ich mehrfach die vorherbehandelnden Ärzte befragt und stets die Antwort erhalten, entweder daſs es sich auch in ihrer Beobachtung nur um Urethritiden ohne Gonokokken gehandelt habe, oder daſs es auch damals schon alte und unklare Fälle gewesen seien, nie aber erfuhr ich, daſs es sich um frische, namentlich erste Infektionen gehandelt habe.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

Originalbericht von Ludwig Moberg-Stockholm.

Sitzung vom 23. Januar 1908.

Afzelius demonstriert einen Patienten mit einem **universalen papulo-krustösen Ausschlag.** Patient wurde 1893 wegen Hautkrebs an dem einen Ohre erst mit äuſseren Mitteln und dann operativ behandelt. Vor ungefähr zwei Jahren entstand Facialis-Parese, wahrscheinlich zufolge Drüsenanschwellungen auf derselben Seite des Halses. Diese wurden vor einigen Monaten durch Operation beseitigt und erwiesen sich krebsartig verändert. Das Hautübel auf dem Körper entstand im vorigen Jahre, als Patient eine Zeitlang in Kalifornien war, wo dasselbe laut Aufgabe endemisch sein soll. Der Ausschlag besteht aus unregelmäſsig verbreiteten Effloreszenzen über den ganzen Körper. Diese beginnen zuerst als kleine Papeln, welche wachsen und ziemlich groſse, lange bestehende oberflächliche Ulcerationen werden mit geröteter und etwas infiltrierter Umgebung. Der Ausschlag juckt sehr stark.

Afzelius demonstriert einen Fall von **Lichen planus.**

Cronquist führt ein 25 Jahr altes Dienstmädchen vor, welches an einem **chronischen Ödem im Gesicht** leidet. Patientin, die im Alter von drei Jahren an einer Augenkrankheit gelitten hat, wahrscheinlich einer Conjunctivitis phlyctaenulosa ist seitdem gesund gewesen, bis vor sieben Jahren sich dieses Leiden zu entwickeln begann. Es fing an als Anschwellung der Augenlider, die stetig zunahm, ohne ein einziges Mal zum Normalen zurückzugehen. Seit drei Jahren, wo C. die Kranke zum ersten Male sah, ist das Ödem stationär geblieben und ist über die Mittelpartie des Gesichts verbreitet, nahe den Wangen über die oberen und unteren Augenlider und teilweise über die Oberlippe. Der Farbenton ist blauviolett, die Anschwellung fühlt sich fest an, ausgenommen die Augenlider, wo das Ödem weich, aber so stark ist, daſs das Sehvermögen in hohem Grade beeinträchtigt wird. Patientin klagt über Stechen in dem ergriffenen Gebiete; bisweilen besonders bei Wind, wo das Leiden sich stets verschlimmert, treten auch Schmerzen auf. Untersuchung von Nase und Schlund bot nichts Abnormes; Eröffnung des Sinus frontalis ebenfalls nichts. Lokale Behandlung mit Kompression oder gemäſs Bier ist ohne Einwirkung geblieben, ebenso allgemeine roborierende Behandlung.

Marcus demonstriert eine 58jährige verheiratete Frau mit einem **Epitheliom auf der Oberlippe.** Sie besuchte den 28. Dezember 1907 die allgemeine Poliklinik, wohin sie von einem Arzte geschickt war, der ein Gumma vermutete. Sie hatte da eine von einer schwarzroten Kruste bedeckte, ungefähr fünfzigpfennigstückgroſse

Ulceration an der Oberlippe; Rand hart infiltriert; die Umgebung reaktionslos; auf der entsprechenden Seite auf der Innenseite des Unterkiefers eine harte, schmerzlose, mandelgrofse Drüse. Die Wunde hatte vor fünf Jahren als erbsengroſser Fleck begonnen, der die ganze Zeit hindurch gewachsen war ohne Patientin die geringste Unannehmlichkeit zu verursachen. Von Lues weiſs sie nichts, sie ist seit 31 Jahren verheiratet; von ihren sieben Kindern sind zwei an interkurrenten Krankheiten gestorben, die übrigen sind ganz gesund. — Diagnose: Ulcus rodens. Behandlung: As.-Pinselung. Am 4. Januar wurde die Kruste entfernt. Da der Wundboden sich dabei tiefer ulceriert erwies als man vorher vermutet hatte, begann man daran zu denken, daſs vielleicht dennoch ein Gumma vorliegen konnte, weshalb KJ 6 g täglich ordiniert wurden. Als sie den 11. Januar wieder erschien, war die Ulceration auf der Oberfläche vollkommen geheilt. Indessen war der leistenförmige harte Rand, der nun deutlich wie Perlmutter glänzte, wie die Drüse innerhalb des Unterkiefers vollkommen unverändert, weshalb man dafür hielt, daſs die erste Diagnose Epitheliom auch die richtige war. Einen anderen Anhaltspunkt, Lues anzunehmen, als die schnelle Wirkung von KJ war nicht vorhanden, und da man ja weiſs, daſs dieses Mittel bisweilen eine merkwürdige Wirkung auf Ulcerationen verschiedener Art hat, so fällt auch diese Stütze nach M.s Ansicht. Indes soll Probeexzision vorgenommen und das Resultat bei einer künftigen Versammlung mitgeteilt werden.

Marcus zeigt ferner eine 47 Jahr alte Frau mit einem **papulo-pustulösen, gruppierten tertiären Syphilid** vor.

Sandman demonstriert eine 71jährige Frau mit einem **Epitheliom an der Stirn.**

Sandman stellt ferner einen 18jährigen Landarbeiter mit **Lupus conjunctivae** auf einem kleineren begrenzten Gebiete auf dem linken oberen Augenlide vor. Patient leidet auſserdem seit vier Jahren an Scrophuloderma am Halse.

Sandman zeigt einen Fall von **Chloralerythem** bei einem 53jährigen Arbeiter. Der Ausschlag, den der Mann wiederholt nach Einnahme von Chloral gehabt hat, besteht aus kleinen, münzengroſsen, begrenzten Flecken an Händen, Unterarmen, Füſsen, Hinterseiten der Oberschenkel und Glutealgegend.

Sandman stellt einen Fall von **Jododerma** vor.

Patient wurde am 28. Februar 1907 von Möller in der Dermatologischen Gesellschaft vorgestellt. Bei der Entlassung aus dem Krankenhause St. Göran am 14. März 1907 war er überall geheilt mit Ausnahme der linken Seite der Brust.

Im Juni 1907 erhielt er, ohne wieder Jod angewendet zu haben, eine neue Ulceration am linken Fuſs; diese heilte nach wenigen Wochen durch Umschläge. Im Herbst 1907 bekam er neue Ulcerationen an mehreren Stellen.

Patient zeigt nun Keloide in fast allen alten Narben, verschiedene Narben sind noch blaſs, depigmentiert mit peripherem Pigmentsaum. Die meisten neuen Herde sind mit einer alten Narbe oder im Zusammenhang mit einer solchen lokalisiert. Sie haben dasselbe Aussehen wie einige Herde das vorige Mal, d. h. sie bestehen aus Ulcerationen, bedeckt von schwammigen, mit Epithel bekleideten Granulationen und Trabekeln, zwischen welchen man feine Öffnungen sieht; aus diesen werden bei Druck Eitertropfen herausgepreſst. Dagegen finden sich dieses Mal weder Blasen noch Papeln vor. Schleimhäute ohne Bemerkung. Jod ist im Harn nicht nachzuweisen.

Diskussion: Möller meint, daſs jetzt kein Jododerma vorliegt, sondern daſs der bestehende Ausschlag als eine Infektion in den nur scheinbar geheilten bullösen und papillomatösen Jododermaeffloreszenzen aufgefaſst werden muſs.

Sederholm demonstriert einen Fall von **Akrodermatitis chronia atrophicans.** Patient, ein 55 Jahr alter Mann, hat seine Krankheit seit 15 Jahren. Damals entstand an dem linken Bein und der rechten Hand Röte, bisweilen Jucken. Die Röte

verschwand nach fünf bis sechs Jahren auf dem Bein und zwei Jahre später auf dem Arme. Am rechten Bein begann es vor zwölf Jahren mit Röte, etwas Hautverdickung, die letzten zwei Jahre Schuppenbildung und Härte um die unteren Teile. Bisweilen eine Verdickung am äußeren Knöchel, kleine Verdickungen am inneren Fußrande. Wo der Ausschlag zurückgegangen ist, besteht ausgesprochene Hautatrophie.

Der Fall ist typisch für Akrodermatitis chronica, die Sklerodermie auf einem Gebiete am Fuße aber und besonders die Hornverdickungen sind kein gewöhnliches Symptom.

Sederholm zeigt einen Fall mit unbestimmter **Diagnose.** Patient, 31jähriger Spezereihandlungsgehilfe, hat seit mehreren Jahren jeden Winter Zeichen von Perniosis mit der einen oder anderen Pernio; außerdem leidet er an Abschuppung und Rhagaden (Berufsekzem) an den Händen. Am 15. Januar entstanden auf der Innenseite der Hände vereinzelte weiße, harte Punkte, die nach einigen Tagen rote Farbe annahmen. Die Hände sind cyanotisch mit subcutaner Anschwellung auf der Außenseite des dritten und vierten Finger und undeutlichen Pernionen. In der Vola manus disseminierte Hornverdickungen, einige kompakt durchscheinend und mit punktförmige Blutungen, einige abschuppend durchscheinend. Alle sind ganz klein, millimetergroß und scheinen in der Entwicklung gleich zu sein. Auf der Dorsalseite des rechten vierten Fingers befindet sich an ein paar Stellen ähnliche rote Papeln. Sonst kein solcher Ausschlag auf den Dorsalseiten. Keine subjektiven Symptome.

Sandman berichtet über seine Experimente mit **Einimpfung von Resten syphilitischer Efflorescenzen bei Affen.** In neun Fällen wurde ein positives Resultat erzielt; davon waren in acht Fällen Reste von Primärsklerose und in einem Falle Reste einer Papel als Impfmaterial verwandt worden. Die Zeit zwischen der Heilung der Efflorescenzen und der Impfung variierte zwischen einigen Tagen und 14 Monaten. Die Anzahl der durchgemachten Quecksilberbehandlungen variierte zwischen ein und vier. Die Impfungen erfolgten teils während der Behandlung, teils kürzere oder längere Zeit nach Beendigung derselben.

Die Versuche werden in einem ausführlicheren Bericht näher besprochen werden.

Sitzung vom 27. Februar.

Sandman zeigt mikroskopische Präparate von einem auf der vorhergehenden Versammlung demonstrierten Fall von **Epitheliom.**

Bergman zeigt einen **Heißluftapparat (Heißluftmotor),** konstruiert vom Ingenieur Hahn-Braunschweig.

Moberg demonstriert folgende Patienten:

1. Fall von **diffusem Lichen simplex chronicus** mit sekundären pustulösen Efflorescenzen und Lymphadenitiden. Patient, ein 17jähriger junger Mann, hatte einige Jahre an seiner Krankheit gelitten. Am Rumpfe befanden sich nur einige unbedeutende Herde, die Extremitäten waren dagegen stark ergriffen, und größere wie kleinere Herde befanden sich auf den Streck- und Beugeseiten. Auch die Wangen waren ergriffen. Die Lichenifikation war besonders in den Kniebeugen, über den Fußgelenken und stellenweise auf den Außen- und Innenseiten der Oberschenkel, den Streckseiten der Handgelenke stark hervortretend.

2. Ein 18jähriges Mädchen, leidend an **Recklinghausenscher Krankheit.**

3. Eine 19jährige Arbeiterin mit einigen **großen Narbenkeloiden am Halse.** Patientin, deren Vater und einer ihrer Brüder an Lungentuberkulose gestorben sind, hat selbst von Kindheit auf an tuberkulösen Halsdrüsen gelitten, welche mehrfach weggenommen, aber wieder gekommen sind. So wurden vor sieben Jahren große Drüsenpakete auf der rechten Seite weggenommen, und die erst schlichte Narbe begann darauf allmählich zu wachsen. Bei der wiederholten Operation vor zwei Jahren

wurde auch diese Narbe exstirpiert; aber auch diese neue Operationsnarbe ist besonders im letzten Jahre gewachsen und sehr erhaben und hypertrophisch geworden. Sie besteht nun aus einer 16 cm langen und 1—3 cm breiten Keloidmasse mit zahlreichen kleinen dichten Ausläufern. Aufserdem findet sich an einer anderen Stelle am Halse ein kleinerer 6 cm langer ähnlicher Tumor.

4. Ein Fall von **Lichen planus.** Der Fall ist darum von Interesse, weil man teils auf den Unterarmen einige gröfsere Herde beobachten kann, welche einen spontanen Rückgang mit starker Pigmentierung in der Randpartie, im Zentrum dagegen Atrophie zeigen, teils gleichzeitig auf den Unterschenkeln grofse verruköse Plaques (Lichen corné) zeigen.

5. Ein Fall von **Tuberkuliden an den Händen eines jungen Mädchens.** Patientin, 17 Jahre alt, Verkäuferin in einem Delikatessengeschäft, leidet seit dem Herbst an ihrem Ausschlag, wo er bei eintretender Kälte zum erstenmal erschien, und hat seitdem bestanden. Der Ausschlag ist auf der Dorsalseite der Hände und besonders auf der der Finger lokalisiert und besteht aus gröfseren und kleineren Erythemflecken, heller oder dunkler rot gefärbt, zum Teil dunkel mit hellerem Rande. Die Flecke sind schwach erhaben über das Hautniveau. Die kleineren sind ohne jegliche Infiltration oder mit nur äufserst schwacher. Die gröfseren sind nach oben von der Gröfse eines Pfennigstückes oder etwas gröfser mit deutlichem ödematösem, nicht allzu tiefgehendem Infiltrat. Auf verschiedenen von den älteren finden sich unregelmäfsige oberflächliche Ulcerationen oder Krusten, auf anderen Blasen. Keine Blutungen. Am freien Ohrenrande auf beiden Ohren ähnliche Effloreszenzen, ebenso an den Füfsen.

Beide Hände sind stark cyanotisch, kalt, und an den Fingern besonders über den Gelenken und am Seitenrande finden sich verschiedene Rhagaden. Keine tuberkulöse Veränderungen in inneren Organen oder auf der Haut waren sonst zu bemerken.

Am 18. Februar erhielt Patientin 1 mg Alttuberkulin; am folgenden Tage Temperaturanstieg auf 38,7° und allgemeines Unwohlsein. Die Temperatur sank erst langsam im Laufe einer Woche auf das Normale. Der Ausschlag zeigte nach der Injektion eine stärkere Farbe, und besonders war dies auf den kleineren (neueren) Effloreszenzen zu bemerken, und auf mehreren von diesen konnten mit dem Dioskop Blutungen entdeckt werden.

Bergman berichtet über die Resultate, welche er mit der **Uviol-Lampe** bei gewissen Hautkrankheiten erhalten hat.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 29. März (11. April) 1908.

Originalbericht von Dr. Leo Ehrlich-St. Petersburg.

Vorsitzender Prof. Petersen teilte den Tod des Prof. Mratchek mit und forderte die Anwesenden auf, das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren (es geschah).

1. Stein demonstriert einen 17jährigen Kranken mit **Herpes gangraenosus recidivans nasi et labii superioris** mit einer Krankheitsdauer von vier Jahren. Der Patient hat in einer kurzen Zeitfrist unter Beobachtung des Vortragenden drei Rezidive gehabt. Es besteht bei jeder Rezidive eine Temperaturerhöhung und eine partielle Nekrose. Die Untersuchungen der inneren Organe sowie des Nervensystems, ergab keine Aufklärung über den bösartigen Verlauf dieses rezidivierenden Herpes.

Diskussion: Ketchek fragt wie hoch die Temperatur steigte; Gellat, ob die kulturellen Untersuchungen eingestellt worden sind; Petersen, ob die Pirquetsche Reaktion versucht worden ist.

Stein antwortet, daſs die Temperatur bis auf 39° zu steigen pflegte und daſs weder kulturelle Untersuchungen, noch Pirquetsche Reaktion angewendet worden sind.

Ehrlich warnt vor einer frühzeitigen Diagnose. Es sind auch die Knötchen vorhanden. Der Opponent entsinnt sich dabei eines ähnlichen Falles, welcher infolge gleichzeitigen Vorhandenseins von kleinen Knötchen anfangs als Granulosis rubra betrachtet worden ist. Bei wiederholten Rezidiven von Bläschen und Knötchen entwickelte sich schlieſslich ein typisches Bild von Lupus, der nach zwei Jahren auf die ganze Nase, Wangen und Stirn sich ausdehnte.

Kohan und Petersen sind auch der Meinung, wir hätten es hier eher mit Tuberculosis nasi et labii sup. zu tun.

Iwanoff glaubt dagegen, daſs man hier die Tuberkulose ausschlieſsen muſs, erstens infolge öfterer Rezidive mit einer hohen Temperatur, zweitens sieht er keine Knötchen, drittens spricht auch die Nekrose gegen Lupus.

2. Iwanoff demonstriert einen 49jährigen Kranken mit **Sarcoma cutis.** Krankheitsdauer drei bis vier Jahre. Ein sehr groſser Tumor dehnt sich über die Hälfte der linken Seite des Rückens, mikroskopisch ein Bild von rundzelligen Sarkom zeigend. Da hier von einer chirurgischen Behandlung keine Rede sein kann, wird der Patient einer Röntgentherapie unterworfen.

Diskussion: Gellat ist der Meinung, daſs hier weder klinisch noch mikroskopisch ein Sarkom vorliegt. Das wäre eher ein Granulom.

An der Diskussion beteiligen sich weiter Kohan und Petersen, von denen ersterer meinte, daſs das mikroskopische Bild eher an ein Carcinom erinnerte und der zweite stimmt Iwanoffs Meinung zu.

3. Morosoff demonstriert einen Fall mit **Syphilis gummosa** bei einem 46jährigen Mann. Trotzdem, daſs Anamnese, klinischer Verlauf und mikroskopische Untersuchung entschieden für Lues sprechen, weicht die Krankheit jeder spezifischen Behandlung aus.

Ketchek hält einen Vortrag über **Pagetsche Krankheit** mit Krankendemonstration und mikroskopischen Präparaten. Es handelt sich um eine 58jährige Kranke, die seit vier Jahren an eine ekzemartige Affektion der linken Mamma leidet. Der Vortragende hat die Patientin der Finsenbehandlung unterworfen und nach 27 Sitzungen sehr befriedigende Resultate erreicht.

Bei der Diskussion, bei welcher es sich um die ausgestellten mikroskopischen Präparate handelte, bemerkte Morosoff, es wäre vielleicht besser, die Biopsie vor Beginn der Finsenbehandlung vorzunehmen, da sonst das mikroskopische Bild von der nachträglichen Gewebsreaktion verwirrt wird.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1908. Heft 3.

I. **Zur Behandlung der Epididymitis blennorrhoica mit Punktion**, von Karl Heinze-Kiel. H. hat in 27 Fällen von blennorrhoischer Epididymitis die Punktion des Nebenhodens ausgeführt und damit vorzügliche Resultate erzielt. Die Schmerzen

hörten stets fast augenblicklich auf, das Fieber sank und verschwand sehr rasch, die Behandlungsdauer war fast um die Hälfte kürzer als bei nicht punktierten Fällen; sie betrug durchschnittlich 11,1 Tage. Infiltrate bildeten sich viel seltener als bei anderer Behandlung. Nur in 15 von den 27 Fällen enthielt das aspirierte Sekret Eiterkörperchen, zwölfmal entleerten sich nur wenige Tropfen seröser Flüssigkeit oder Blut. Wenn der Erfolg überall gleich gut war, so beweist das, daſs die Wirkung der Punktion auf der sofort eintretenden Entspannung beruht; auch die schnellere Heilung ist darauf zurückzuführen, daſs die Entspannung eine bessere Blutzirkulation und Resorption zur Folge hat. Die Gefahr, daſs durch die Punktion eine adhäsive Entzündung und Atresie des Ductus epididymidis herbeigeführt werde, ist sicherlich geringer als die Vorteile des Verfahrens; um sie noch zu vermindern, hat H. entgegen der Forderung Schindlers fast in allen Fällen nur einmal punktiert. Der kleine Eingriff wird ohne jede Anästhesierung vorgenommen und verursacht nur geringe Schmerzen. Eingestochen wird an einer fluktuierenden oder besonders schmerzhaften Stelle oder, wenn eine solche nicht vorhanden ist in der Gegend der Cauda. Nach der Punktion bleiben die Patienten zu Bett, das Skrotum wird mit einem Priessnitz-Umschlag bedeckt, darüber kommt ein Neissersches Suspensorium und darauf ein warmer Sandsack.

II. **Die Serumdiagnose der Syphilis,** von Fritz Hoehne - Frankfurt a. M. Beschreibung der von Wassermann nachgewiesenen Komplementbindung durch Syphilitikerserum und ihrer biologischen Grundlagen. H. hat die Reaktion in 24 Syphilisfällen ausgeführt und in 63,2 % einen positiven Ausfall erzielt. Wenn dieses Resultat scheinbar hinter dem an anderen Kliniken gefundenen zurückbleibt, so liegt das daran, daſs anderwärts mit anderen, an sich etwas hemmenden Extraktmengen gearbeitet wird, und daſs H. nur sehr starke Hemmung der Hämolyse bei negativem Ausfall aller Kontrollen als positiven Erfolg betrachtet. Am praktischen Werte der Reaktion ist nicht zu zweifeln.

III. **Über Quecksilberbehandlung bei Syphilis,** von F. Nagelschmidt-Berlin. N. bespricht den Wert der Untersuchungen über Quecksilberausscheidung bei Quecksilberkuren und teilt dann die Erfahrungen mit, die er bei der Behandlung von 103 Syphilitikern mit Mergal bezüglich der Wirkung des Mittels und der Ausscheidungsverhältnisse gemacht hat; aus der Summe seiner Beobachtungen und Untersuchungen zieht er folgende Schlüsse:

1. Das Quecksilber ist in seiner Verabreichung als Mergal genau dosierbar und gelangt mit gröſserer Sicherheit in bestimmbaren Dosen in die Zirkulation als bei irgendeiner anderen Kur, vielleicht mit Ausnahme der nur selten anwendbaren intravenösen Verabreichung des Sublimats.

2. Es ist ebenso frei von unangenehmen oder gefährlichen Nebenwirkungen wie irgendeine andere Applikationsmethode, bei deren jeder gelegentlich Störungen beobachtet werden.

3. Es wird schnell und in relativ groſser Menge resorbiert und zeigt eine lange Remanenz.

4. Es besitzt somit alle Eigenschaften eines guten internen Antisyphilitikums... Es ist genügend wirksam und reizt den Darm nicht... Es ist durchaus qualifiziert, als vollwertiges Antisyphilitikum zu gelten.

5. Das ergibt sich aus der Beobachtung von 103 Fällen von Lues verschiedener Stadien, in denen es sich klinisch gut bewährt hat, auch bei maligner Lues. Erscheinungsformen der Syphilis, die sich nicht für die Mergalbehandlung eigneten, d. h. die nicht in zufriedenstellender Weise beeinfluſst worden wären, wurde bisher nicht beobachtet.

6. Wenngleich der chemischen Untersuchung der Quecksilber-Elimination allein kein erheblicher Wert beizulegen ist, so besitzen diese Untersuchungen doch im Zusammenhang mit der klinischen Beobachtung grofsen Wert. Hiernach vereint das Mergal in sich den Vorzug des salicylsauren Quecksilbers in bezug auf die schnelle und kräftige Resorption mit der langen Remanenz der anderen unlöslichen Präparate. Ob es vielleicht in erhöhter Dosis (15 Kapseln à 0,05 cholsaures Quecksilberoxyd pro die) dem Kalomel bei intramuskulärer Applikation in bezug auf Intensentität der Wirkung an die Seite zu stellen wäre, müssen fernere Beobachtungen lehren, wie überhaupt eine definitive Bewertung des Mergals bei dem aufserordentlich chronischen Verlauf der Syphilis erst nach einer Reihe von Jahren möglich sein wird.

7. Für gewöhnlich genügt eine Tagesdosis von sechs bis acht Kapseln und eine Gesamtzahl von 300—350 Kapseln für eine Kur.

1908. Heft 4.

1. **Über klinisch erkennbare Allgemeinsyphilis beim Kaninchen**, von C. Grouven-Bonn. Gr. hat in der jüngsten Zeit wiederholt über das Auftreten von Allgemeinerscheinungen bei einem mit syphilitischem Material intraokular geimpften Kaninchen berichtet. Die Symptome, die bisher beobachtet und beschrieben worden sind, waren Haarausfall, Beeinträchtigung des Allgemein- und Ernährungszustandes, dyspnoische Erscheinungen, Bildung von Infiltraten und Rhagaden an den Nasenflügeln und eine elf Monate nach der Impfung einsetzende rechtsseitige Keratitis; in den Infiltraten wurden Spirochaetae pallidae in spärlicher Zahl nachgewiesen, die Keratitis, die unter dem Bilde der gewöhnlichen Impfkeratitis verlief, war wahrscheinlich hämatogenen Ursprungs, da sich an dem Auge nach der Impfung keine Veränderungen gezeigt hatten. Neuerdings ist bei dem Tiere 14½ Monate nach der Impfung neben abermaligen dyspnoischen Erscheinungen und verstärktem Haarausfall an der unteren Fläche des Präputiums ein pfennigstückgrofses, kreisrundes, eleviertes, zentral ulceriertes, derbes, papulöses Infiltrat mit aufgeworfenem, lividrotem Rande und borkenbedecktem Zentrum entstanden; das Infiltrat glich makroskopisch vollständig einer hypertrophischen, sekundär-syphilitischen Papel und stellte sich mikroskopisch als Granulationsgewebe mit allen Charakteren luetischer Gewebsalteration dar. Im Ausstrich fanden sich ziemlich zahlreiche Spirochaetae pallidae, viel mehr noch in den nach Levaditi imprägnierten Schnitten; die meisten lagen hier in der Umgebung und in den Wandungen der Blutgefäfse, und auch im Innern der Gefäfse zwischen den Blutkörperchen und in den Tromben, die einige Gefäfse verschlossen, waren sie in erheblicher Zahl vorhanden. Die erhaltene Epidermis der Randpartie der Papel war dagegen frei von Spirochäten, in der darunterliegenden Cutis waren sie nur spärlich und vorzugsweise in der Wand und im Innern von Blutgefäfsen anzutreffen. Der Befund beweist, dafs es sich um eine auf hämatogenem Wege entstandene, sekundär-syphilitische Papel gehandelt hat; es kann jetzt auch nicht mehr zweifelhaft sein, dafs auch die vorher beobachteten Erscheinungen Äufserungen einer allgemeinen luetischen Durchseuchung des Tieres waren. Die Untersuchung des Blutes ist noch nicht beendigt; bisher hat sie keinen einwandfreien Spirochätenbefund geliefert. Mit Teilen der exzidierten Papel ist ein Macacus rhesus geimpft worden; über das Resultat wird Gr. noch berichten.

2. **Über einen Fall von Dermatitis pseudosyphilitica vacciniformis infantum (Erythème vacciniforme syphiloide Besnier)**, von A. Halle-Berlin. H. beobachtete an einem acht Monate alten, schlecht genährten, rhachitischen Kinde, das vor wenigen Monaten Lungenentzündung und Brechdurchfall durchgemacht und dann mehrere Furunkel im Nacken gehabt hatte, über beide Gesäfshälften und die untere Partie des Rückens zerstreut eine Anzahl derber, erbsengrofser, scharf ab-

gesetzter, elevierter, runder oder ovaler Knoten, die gelblichweifs opak gefärbt und von geröteter Haut umgeben waren und fast alle in der Mitte eine bräunlich gefärbte Delle aufwiesen. Sie machten auf den ersten Blick den Eindruck von Vaccinepusteln; erst bei näherer Untersuchung ergab sich, dafs es solide Papeln waren. Am linken oberen Augenlid fand sich eine etwa erbsengrofse, ziemlich unregelmäfsig begrenzte, flache, schmierig belegte Ulceration und darüber eine Gruppe kleinerer, in der Mitte gedellter Papeln. Die Knoten am Gesäfs und Rücken bedeckten sich rasch mit einem Schorfe und heilten unter Hinterlassung einer dunkelpigmentierten Delle ab, während die Ulceration am Auge, die sicher auf eine Sekundärinfektion zurückzuführen war, noch fortbestand.

Die Affektion gehörte anscheinend zu der Gruppe jener wenig bekannten, im frühesten Kindesalter vorkommenden Dermatosen, die zuerst in Frankreich beobachtet und ursprünglich von PARROT für ein Produkt kongenitaler Syphilis (Syphilide lenticulaire) gehalten, dann aber als nichtluetisch erkannt und von JACQUET Erythème papuleux post-érosif ou syphiloide post-érosif fessier, von BROCQ Ecthyma infantile superficiel ou Dermite infantile papuleuse bezeichnet worden sind. Von den in Deutschland unter dem Namen Dermatitis pseudosyphilitica papulosa infantum beschriebenen Fällen unterschied sich der Fall H.s dadurch, dafs die Effloreszenzen eine auffallende Ähnlichkeit mit Vaccinepusteln hatten; dieser Eigentümlichkeit wegen, die von französischen Autoren schon mehrmals erwähnt worden ist, benennt H. den Fall Dermatitis pseudosyphilitica vacciniformis infantum.

Die praktisch wichtige Differentialdiagnose zwischen dem geschilderten Krankheitsbild und dem papulösen Syphilid ist gewöhnlich nicht schwierig. Die Ätiologie ist noch nicht aufgeklärt, wahrscheinlich handelt es sich um eine bakterielle Infektion. Die Prognose ist günstig, die Therapie besteht in Trocken- und Reinhaltung der befallenen Partien und in Kräftigung der meist schwächlichen Kinder.

3. **Zur Behandlung des Lupus vulgaris mit der KROMAYERschen Quarzlampe,** von H. E. SCHMIDT. Nach den Erfahrungen SCHMIDTS kommt die Quarzlampe als Ersatz für den Finsenapparat bei der Behandlung des Lupus vulgaris nicht in Betracht. Zwar führt die Bestrahlung mit Quarzlampenlicht zur Abflachung und auch zur Heilung lupöser Infiltrate, doch bleiben in der Haut einzelne, tiefer gelegene Knötchen zurück, die auf weitere Bestrahlungen nicht mehr reagieren. Die Narbenbildung ist entschieden stärker als nach Finsenbehandlung, der kosmetische Erfolg also ein schlechterer; aufserdem bilden die derben Narben ein Hindernis für die Tiefenwirkung des Lichtes bei einer Nachbehandlung mit dem Finsenapparat. Bei Lupus des Stammes und der Extremitäten ist wohl die Behandlung mit Pyrogallussalbe vorzuziehen. *Götz-München.*

Zeitschrift für Urologie.

Band II, Heft 3.

Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis, von H. KÜMMELL. Verfasser bespricht zunächst die Diagnostik der Nierensteine: Schmerz, Blutung, Abgang von Steinen werden gewürdigt; dann bespricht Verfasser die Röntgenphotographie und die neueren Hilfsmittel: Ureterenkatheterismus, der in keinem Falle unterlassen werden sollte, schon um festzustellen, dafs zwei funktionstüchtige Nieren vorhanden sind. (Schlufs folgt.)

Klinisches über Nierentuberkulose, von WILDBOLZ. Verfasser suchte sich über die Ausdehnung des tuberkulösen Prozesses in den Nieren Klarheit zu verschaffen durch Kryoskopie des Blutes, durch die Chromocystoskopie, durch die mikro-

skopisch-bakteriologische Untersuchung der getrennten Nierenurine, kombiniert mit Kryoskopie derselben. Die Kryoskopie des Blutes ist nach seinen Erfahrungen nicht maßgebend, auch ein Sinken des Blutgefrierpunktes unter —0,6 ist keine Gegenindikation der Nephrektomie, die Indigokarminprobe gibt annähernd eine richtige Vorstellung von der Funktion der Nieren, am meisten hält Verfasser von der Kryoskopie der getrennten Urine, besonders wenn er die gleichzeitig produzierten Urinmengen mit in Betracht zieht.

Die Resultate der operativen Behandlung der Nierentuberkulose, von Lichtenstern. Die Nierentuberkulose ist eine durch Operation heilbare Krankheit, von einer dauernden Heilung darf erst dann gesprochen werden, wenn die Harnorgane des Kranken dauernd frei von Bazillen sind. Nach der wegen Tuberkulose ausgeführten Nephrektomie findet man in den ersten Monaten Bazillen im Harn, trotz normaler Blase und normalem Ureter der exstirpierten Niere, die später verschwinden. Trotz allgemeinen Wohlbefindens und Körpergewichtszunahme, wie dauerndem Fehlen von Harnbeschwerden, kann man in manchen Fällen noch jahrelang Bazillen im Urin nachweisen. Intensive Blasenbeschwerden nach Nephrektomie wegen Tuberkulose müssen nicht auf einer tuberkulösen Erkrankung der Blase beruhen, sondern können durch eine einfache Cystitis begründet sein. Ein Heiratskonsens darf einem wegen Nierentuberkulose operierten Kranken nur dann erteilt werden, wenn sein Harn dauernd frei von Bazillen ist.

Die Erkrankungen des Colliculus seminalis und ihre Beziehungen zu nervösen und anderweitigen Störungen in der Urogenitalsphäre und zur sexuellen Neurasthenie, von Wossidlo. Verfasser beschreibt die Beschwerden der Patienten, die sich als örtliche (Druck, Schmerz bei Miktion und Ejakulation, blutiges Sperma usw.) und als allgemeine nervöse (Kreuzschmerz, Kopfschmerz, Schwindel, Angstgefühle usw.) darstellen. Objektiv findet man Schwellung, Wucherung, Narben und Schwielen am Colliculus. Zur Untersuchung bedient man sich der Knopfsonde und der Urethroskopie. Therapeutisch kommen Pinselungen und Ätzungen sowie galvanokaustische Stichelungen des Colliculus in Betracht.

Die Urethrotomia interna und die Ausschabung der Strikturen in urethroskopischer Beleuchtung, von Asch. Verfasser bespricht die von ihm eingeführte Ausschabung der Strikturen mit dem scharfen Löffel, die ihm sehr gute Resultate gegeben hat, entweder nach vorangegangener Urethrotomia interna oder auch ohne Operation.

Zur Asepsis des Ureterenkatheterismus, von Leuk. Zur Verbesserung der Asepsis hat Verfasser „Katheterstrümpfe“ aus einfachem Zwirngewebe nähen lassen, Röhren, in und mit denen die Katheter sterilisiert werden, so daſs sie dann mit keinem fremden Gegenstand vor dem Gebrauch mehr in Berührung kommen.

F. Hahn-Bremen.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. XII, Nr. 3.

I. **Beobachtungen über Phosphaturie,** von Reginald Harrison-London.

II. **Neue Behandlungsmethoden der Krankheiten der Harnwege,** von William Benham Snow-New York. Anwendungsarten der statischen Elektrizität, der Röntgenstrahlen, der Mastdarmelektrode.

III. **Konservative Behandlung der Hydronephrose,** von Franz Torek-New York.

IV. **Indikationen für die Prostektomie,** von Emory Lanphear-St. Louis.

V. **Ein Fall von Polymorphismus,** von Henry Alfred Robbins. Unter Polymorphismus versteht der Verfasser eine Multiplizität von Hauteruptionen. Es handelt

sich im vorliegenden Fall um einen Neger mit knötchenförmigem, psoriasiformem Syphilisexanthem, mit ichthyosiformen, pustulo-krustösen Ausschlägen und Schleimhautveränderungen.

VI. **Über Keratosis palmaris und plantaris acquisita,** von August Ravogli-Cincinnati. Krankheitsfälle, in denen die Keratosis zum Teil mit Pityriasis rubra pilaris vergesellschaftet war. Günstige Prognose gegenüber der Keratosis hereditaria und gute Einwirkung des Arsens.

VII. **Papillom-Adenom,** von Benjamin M. Ricketts-Cincinnati. Klinische Studie. (Fortsetzung folgt.)

VIII. **Darmresektion wegen syphilitischer Darmstenosen,** von Byron Robinson-Chicago.

IX. **Vereinfachte Methode zur Isolierung des Syphilisbacillus,** von Justin de Lisle - Paris. Eingehende Darstellung, um aus dem Blute Syphilitischer einen Bacillus zu züchten, von dem Reinkulturen zu gewinnen sind. *Schourp-Danzig.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1908. Band I, Heft 4.

1. **Mischgeschwulst des Hodens mit Wucherungen, die zum Teil die Struktur eines Samenkanälchen-Epithelioms, zum Teil die eines Wolffschen Epithelioms aufwiesen,** von Emile Jeanbrau und Georges Massabuau-Montpellier. Bei einem 44jährigen Manne war eine schmerzhafte Schwellung des rechten Hodens aufgetreten, die sich im Laufe eines Jahres zu einer kindskopfgrofsen Geschwulst entwickelte. Der Tumor wurde nebst einem grofsen Teile des Hodensacks operativ entfernt. Auf dem Durchschnitt zeigte sich, dafs die untere Partie der Geschwulst durch eine gangränöse Masse gebildet war, oberhalb des nekrotischen Teiles lagen längliche, verschieden grofse, gelatinös infiltrierte Flecke mit unregelmäfsigen, durchscheinenden Konturen von gelatinösem Aussehen, dann folgte eine harte, weifsgelbliche Masse mit wellenförmigen Rändern und ganz oben der zurückgedrängte Hoden. Der Tumor wies Elemente mesodermalen, ektodermalen und endodermalen Ursprungs auf. Er hatte ein polymorphes bindegewebiges Stroma, in das epitheliale Gebilde verschiedenen Charakters eingelagert waren. Das Stroma bestand zum Teil aus einfachem Bindegewebe, an einzelnen Punkten enthielt es reichlich Spindelzellen und stellenweise gleiches durchaus der bindegewebigen Substanz eines normalen Ovariums. An anderen Stellen fanden sich Haufen kleiner runder embryonaler Zellen, wieder an anderen Partien war das Bindegewebe ödematös oder myxomatös, und schliefslich waren auch noch da und dort Haufen embryonaler hyaliner Knorpelzellen zu sehen. Das Stroma schlofs Cysten verschiedener Art und verschiedener Gröfse ein, mikroskopisch kleine und makroskopisch sehr gut sichtbare, ausgekleidet zum Teil mit einer Schicht abgeplatteter endothelialer Zellen, zum Teil mit mehreren Schichten polygonaler Zellen. Eine Anzahl dieser Cysten war vollgepfropft mit Plattenepithelzellen, die teilweise verhornt erschienen. Die meisten Cysten aber waren ausgekleidet mit einer Schicht Cylinderzellen, die zum Teil Schleimtröpfchen enthielten und vereinzelt den Charakter von Becherzellen besafsen. Diese Cysten waren angefüllt mit schleimigen Massen und Zellsekreten und lagen inmitten oder an der Grenze von Zellwucherungen verschiedener Art. Es waren das einmal Cylinderzellenwucherungen, wie sie bei gewissen Cylinderzellen-Epitheliomen des Ovariums vorkommen; sie entsprachen genau der Struktur der unter dem Namen „Wolffsches Epitheliom“ (Epitheliom eines Wolffschen Körpers) oder „cystische Erkrankung des Hodens“ bekannten Hodentumoren. Zum anderen Teile boten die Wucherungen das charakteristische Bild eines Samenkanälchen-Adenoms

mit Übergang in Adenoepitheliom und reines Carcinom dar. In einiger Entfernung von den carcinomatösen Partien lagen ausgedehnte nekrotische Herde und in deren Nachbarschaft grofse polynukleäre plasmodiale, protoplasmatische Massen, die zum Teil aus einfachen Riesenzellen mit zwei oder drei Kernen bestanden, zum Teil vielkernige, hämorrhagisch-nekrotische Herde begrenzende Streifen bildeten; die Zellen glichen zum Teil den angioplastischen Zellen Malassez! Stellenweise waren die plasmodialen Massen, die sich nach van Giesson sehr lebhaft färbten, so reichlich, dafs der Schnitt das Aussehen eines Placentoms oder Chorion-Llithelioms hatte. Zu all dem kamen noch Gebilde, die den embryonalen neuro-epithelialen Elementen der Teratome entsprachen. Vom Hoden war der Tumor ziemlich scharf getrennt; die Samenkanälchen waren leicht atrophisch, aber von normaler Struktur. Dagegen war der Nebenhoden von epithelialen Wucherungen mit Samenkanälchencharakter durchzogen.

Der Tumor war ein kompliziert gebautes Embryom. Er enthielt Wucherungen, welche die Charaktere zweier verschiedenartiger und nach Ansicht der Autoren auf verschiedene Weise entstehender Hodentumoren, des Samenkanälchen-Epithelioms und des Wolffschen Epithelioms zeigten; daraus folgt, dafs eine scharfe Unterscheidung dieser beiden Geschwulstarten nicht berechtigt ist. Die Struktur des Tumors läfst sich nur verstehen, wenn man seine Genese auf eine noch unbekannte Entwicklungsstörung der ersten Stadien des embryonalen Lebens zurückführt; vielleicht ist er als das Produkt einer Blastomere aufzufassen. Die plasmodialen Massen, die in gleicher Beschaffenheit schon oft in Hodengeschwülsten, speziell in Teratomen beobachtet worden sind, dürften wohl Gebilde sein, die in Beziehung zur nekrotischen Degeneration der epithelialen Geschwulstelemente stehen.

2. **Neue Mitteilungen über die Physiologie des Hodens und der Prostata,** von N. Serrallach und Martin Parés-Barcelona. Der Artikel wird fortgesetzt.

Heft 5.

1. **Eine neue Methode der Urethrotomia interna,** von P. P. Guiard. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Einige Bemerkungen über die Hodenerkrankungen blennorrhoischen Ursprungs,** von D. Dind und Métraux-Lausanne. Die Verfasser sind gleich den meisten Autoren den klinischen Beobachtungen zufolge der Anschauung, dafs die blennorrhoische Infektion des Nebenhodens nicht durch das Blut, sondern auf direktem Wege erfolgt, indem der Gonococcus durch die Urethra und das Vas deferens hindurch in die Epididymis gelangt. Wenn trotzdem in den meisten Fällen keine Deferentitis beobachtet wird, so liegt das darin, dafs in dem geradlinig verlaufenden, weiten Vas deferens mit seiner starken Muscularis eine Stagnierung von Entzündungsprodukten nicht leicht möglich ist. Dagegen können sich Entzündungsprodukte aus dem Nebenhoden mit seinen zahlreichen, engen, vielfach gewundenen und geschlungenen Kanälchen nur schwer entleeren; deshalb sind die Erscheinungen bei Epididymitis so schwer und schmerzhaft.

Die von Baermann und Schindler empfohlene Punktion des Nebenhodens bei blennorrhoischer Epididymitis haben auch die Verfasser mit gutem Erfolge gemacht; die Methode hat jedoch den Nachteil, dafs man im Dunkeln arbeitet und vorhandene Eiterherde unter Umständen nicht trifft. Die Verfasser ziehen daher die Epididymotomie vor, die sie bis jetzt in 51 Fällen mit vorzüglichem Resultate ausgeführt haben. Man findet bei der unter Kokainanästhesie vorgenommenen Operation entweder eine einfache Kongestion oder ausgebildete Eiterherde oder den Beginn einer Induration, die in ihrer Mitte zuweilen einen nekrotischen Herd enthält. Dem Blut, das sich bei entzündlicher Kongestion in reichlicher Menge entleert, sind manchmal schon Eiterspuren beigemengt; wo Abscesse vorhanden sind, wird der Eiter mit sterilisierter Gaze

oder mit einer stumpfen Curette entfernt; sobald die Blutung aufgehört hat, wird die Wunde vernäht, während der ersten 24 Stunden wird mit einem Gazestreifen drainiert. Nach der Operation verschwinden Fieber und Schmerzen fast augenblicklich, die Infiltration geht sehr rasch zurück, Knotenbildung kommt bei operierten Fällen viel seltener und in viel geringerem Grade vor als nach konservativer Behandlung. Durchschnittlich operiert man nach den Erfahrungen der Verfasser am besten im Laufe der zweiten Krankheitswoche, doch läfst sich der richtige Zeitpunkt zum Eingriff nicht allgemein bestimmen. Inzidiert wird an der hinteren Fläche der Cauda; die Vaginalis höhle wird nur dann eröffnet, wenn es wegen der Menge oder der Natur des Exsudats speziell angezeigt erscheint, und dann am besten durch einen eigenen Schnitt. Die Heilung erfolgt zumeist im Verlaufe von sieben bis acht Tagen per primam intentionem.

Götz-München.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1908. Heft 1.

1. **Über die Behandlung der Tabes,** von Lerredde.

2. **Über die Quecksilberbehandlung der Tabes,** von Maurice Faure. F. ist gleich Lerredde, Babinski, Lemoine und einigen anderen Ärzten der Überzeugung, dafs beginnende Tabes durch methodische, energische und lange fortgesetzte Quecksilberbehandlung geheilt, d. h. zum Stillstand gebracht werden kann, so dafs nur unbedeutende Symptome oder Beschwerden bestehen bleiben; neben der spezifischen Therapie ist absolute körperliche und geistige Schonung, Vermeidung von Exzessen usw., kurz ein hygienisch einwandfreies Leben notwendig, wenn der Erfolg ein guter sein soll. Wenn die Mehrzahl der Autoren die Behandlung der Tabes mit Quecksilber für völlig aussichtslos, Gebrauch grofser Quecksilbermengen sogar für schädlich hält, so liegt das wohl daran, dafs sie die Wirkung des Quecksilbers hauptsächlich an alten Tabikern mit tiefgehenden Läsionen des Rückenmarks, schweren, schon lange bestehenden Störungen und sekundären Veränderungen zahlreicher Organe beobachtet haben. Dafs bei diesen alten Tabikern durch Quecksilber eine Besserung herbeigeführt wird, ist allerdings ausgeschlossen: die Läsionen des Zentralnervensystems sind nicht mehr reparabel, und Quecksilber bedeutet für solche Kranke, die sich gewöhnlich in einem Zustand permanenter medikamentöser Intoxikationen befinden, nur ein weiteres Gift, das sie, namentlich in gröfserer Menge, in der Tat noch mehr schädigen kann.

Aus all dem resultiert die Forderung, dafs jede Tabes im allerersten Beginn diagnostiziert und ausreichend mit Quecksilber behandelt wird. In jedem Falle soll so viel Quecksilber gegeben werden, als ohne Intoxikationserscheinungen vertragen wird; die Normaldosis pro die ist nach F. 1 cg metallisches Quecksilber, gröfsere Mengen können gewöhnlich nur kurze Zeit gegeben werden. F. bevorzugt die Injektion löslicher Quecksilbersalze; er verwendet am häufigsten Hydrargyrum benzoicum oder bijodatum in der Dosis von 0,02—0,03 pro Tag. Calomel und Oleum cinereum eignen sich nur für sehr robuste und tolerante Individuen, bei sehr zarten und empfindlichen Patienten sind kleinere Mengen oder die Injektion von Hermophenyl, Hydrargol, Enésol und daneben Arsenikeinspritzungen angezeigt. Im Laufe eines Jahres macht F. gewöhnlich vier Kuren, bei denen je 15—30 cg metallisches Quecksilber verbraucht werden.

In einer kurzen Einleitung zu den Ausführungen F.s betont Lerredde, dafs nach seinen Erfahrungen 2 cg metallisches Quecksilber und manchmal noch gröfsere Mengen pro Tag sehr gut vertragen werden.

Götz-München.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

5. Jahrgang. Nr. 24.

1. **Die Operation nach Freyer bei gewissen prostatischen Eiterungen,** von E. Loumeau-Bordeaux. Tiefliegende parenchymatöse chronische Prostataabscesse erzeugen ein ganz typisches Symptomenbild, das im wesentlichen aus Schmerzen, dysurischen Beschwerden und sexuellen Erregungszuständen besteht. Die dumpfen, spontan auftretenden, Tag und Nacht andauernden Schmerzen sitzen im Perineum, im After, Unterleib und im Penis, sie strahlen in die Lenden- und Kreuzbeingegend, in das Gesäſs und in die Schenkel aus und werden durch Druck auf das Perineum, durch Ermüdung beim Gehen, plötzliche stärkere Bewegungen und Erschütterungen, durch Coitus, Erkältung, Diätfehler, Genuſs starker Alkoholika und Gebrauch diuretischer Mittel verstärkt. Die Dysurie, die ebenfalls durch Coitus und durch Genuſs alkoholischer Getränke, auſserdem aber auch durch Katheterisierung gesteigert wird, besteht anfänglich nur in starker Vermehrung der Miktionen; dazu gesellen sich im weiteren Verlaufe Harnretentionen, die zuerst selten kommen und nur kurze Zeit andauern, um sich dann häufiger einzustellen und längere Zeit anzuhalten. Der für gewöhnlich klare Urin wird zeitweise unter dem Einflusse akuter entzündlicher Exacerbationen trüb und bluthaltig. Bedingt ist die Dysurie durch Enge des hinteren Harnröhrenabschnittes; doch beruht diese Enge nicht auf einer Striktur, sie läſst sich auch durch Dilatation und Urethrotomie nicht beseitigen. Das dritte Symptom sind ungemein peinliche, anhaltende Erektionen, durch die die Schmerzen wesentlich verschlimmert werden. Zu diesen Erscheinungen treten zuweilen Phlegmonen am Samenstrang, am Hoden und in der Fossa iliaca hinzu. Bei der rektalen Untersuchung fühlt man die Prostata vergröſsert, hart und gespannt; sie ist in ihrer ganzen Ausdehnung druckempfindlich, an einzelnen Stellen ist der Druckschmerz besonders stark. Von Allgemeinerscheinungen sind im Beginne nur Unbehagen, Gefühl von Schwäche und Appetitlosigkeit vorhanden, die Temperatur ist für gewöhnlich normal, nur von Zeit zu Zeit treten kurzdauernde Fieberattacken auf; im weiteren Verlaufe kommt es zu Abmagerung und Kräfteverfall, die Kranken werden bettlägerig, und sich selbst überlassen führt die Affektion schlieſslich zur Septikämie.

Zur Behandlung solcher tiefliegender parenchymatöser chronischer Prostataabscesse empfiehlt L., sofern es sich nicht um sehr alte oder sehr geschwächte Kranke oder um verhältnismäſsig junge, noch im zeugungsfähigen Alter befindliche Personen handelt, die transvesikale Prostatektomie nach Freyer mit Ausschälung der Prostata in toto ohne Eröffnung der Eiterherde. L. hat diese Operation in zwei Fällen mit vorzüglichem Erfolge vorgenommen; bei dem einen Kranken war die Diagnose auf Prostatahypertrophie gestellt worden, und erst die Untersuchung der exstirpierten Vorsteherdrüse ergab, daſs ebenso wie im zweiten Falle keine Hypertrophie des Prostatagewebes, sondern Absceſsbildung mit diffuser eitriger Infiltration der ganzen Prostata und der Schleimhaut des Prostatateiles der Harnröhre vorlag. Bei alten und geschwächten Kranken ist die perineale Prostatotomie vorzuziehen, weil sie einen leichteren Eingriff darstellt; wenn die Kranken sich erholt haben, kann nötigenfalls die perineale Prostatektomie angeschlossen werden. Bei jungen Individuen ist die perineale Prostatektomie mit Rücksicht auf die Erhaltung der Zeugungsfähigkeit vorzuziehen.

2. **Angeblich durch Muskelanspannung hervorgerufene Hodenentzündung,** von Paul Delbet-Paris. Daſs durch Muskelanspannung (par effort) Hodenentzündungen verursacht werden können, ist wiederholt behauptet, aber niemals bewiesen worden. Bei jeder Hoden-Nebenhodenentzündung, die durch starke Muskelanspannung bedingt sein soll, muſs anamnestisch genau festgestellt werden, ob der Patient je eine Harn-

röhrenerkrankung durchgemacht hat; außerdem ist die Urethra und besonders auch der Samenstrang sorgfältig zu untersuchen. Findet sich eine Anschwellung des Vas deferens, so ist die Ursache der Entzündung in der Harnröhrenschleimhaut zu suchen: es sind dann von hier aus Infektionskeime durch den Samenstrang in die Hoden gewandert. So verhielt es sich auch in einem von D. beobachteten Falle von Epididymitis, der von anderer Seite als Folge einer heftigen Muskelanspannung angesehen und mehrere Wochen hindurch erfolglos mit Bettruhe und Einreibungen behandelt worden war. D. selbst stellte fest, daſs der Patient vor 20 Jahren eine Blennorrhoe durchgemacht hatte, daſs der Urin zahlreiche kurze, dicke, schwere Fäden enthielt, das Vas deferens angeschwollen und die Harnröhre an zwei Stellen strikturiert war. D. machte Harnröhrenspülungen mit Kaliumpermanganat- und Quecksilberoxycyanidlösung und begann gleichzeitig eine Dilatationskur. Der Erfolg war, wie bei dieser kausalen Behandlung immer, ein sehr guter; die Schmerzen hörten im Verlaufe weniger Tage auf und die entzündliche Schwellung des Nebenhodens ging rasch zurück.

3. **Blasentumor mit renalen Symptomen,** von Bensa-Nizza. Die pathologischen Erscheinungen hei Blasentumoren, die an den Ureterenmündungen sitzen, tragen manchmal rein renalen Charakter; es treten kolikartige Nierenschmerzen mit renaler Hämaturie und Ausscheidung wurmförmiger Blutgerinnsel, zuweilen auch die Zeichen einer Pyelonephritis auf. Ein Blasentumor kann schon reflektorisch Nierenkongestion erzeugen; wenn aber Geschwulstteile eine Ureterenmündung verlegen, dann kommt es mechanisch in der Niere zu Harnstauung und starker Kongestion mit epithelialer Desquamation und Hämorrhagie, nicht selten auch unter kolikartigen Schmerzen zur Ausstoſsung wurmförmiger Gerinnsel. Und ist erst die Blasenschleimhaut infiziert, dann wandert die Infektion durch den dilatierten Ureter sehr bald nach oben weiter, es entsteht eine Pyelonephritis. In solchen Fällen von Blasentumoren mit rein renalen Erscheinungen läſst sich die Diagnose nur mit Hilfe der cystoskopischen Untersuchung stellen, auſser wenn es sich um groſse, palpatorisch nachweisbare Geschwülste handelt. So konnte B. einmal ein an der Mündung des linken Ureters sitzendes Epitheliom vom Rektum aus fühlen, bei dem Kranken war die linke Niere vergröſsert und schmerzhaft, daneben bestanden die Symptome einer schweren Cystitis. Die kranke Partie wurde abgekratzt, der Grund thermokauterisiert; die Schmerzen verschwanden. Nach drei Jahren wurde ein Rezidiv konstatiert, das wieder Nierenschmerzen und auſserdem renale Retention verursachte; Exzision der Wucherungen und Thermokauterisierung des Grundes beseitigte die Beschwerden abermals. Zwei Jahre später wurden mit dem Cystoskop wieder Wucherungen nachgewiesen, die aber noch keine Schmerzen hervorriefen. Der Fall beweist, daſs auch Palliativoperationen bei Blasentumoren sehr gute und langandauernde Wirkung haben können, da sie die schlimmsten und gefährlichsten Erscheinungen, die Retention und die Infektion, zum Verschwinden bringen.

5. **Ein Fall von Prostatectomia suprapubica. — Einige Bemerkungen über die Operation nach Freyer,** von Duhot-Brüssel. Die transvesikale Prostatektomie nach Freyer ist D. zufolge der perinealen in jeder Beziehung überlegen; die letztere ist höchstens bei kleinen, sklerotischen, stark adhärenten Prostaten angezeigt.

6. **Die Rückenmarksanästhesie bei der Chirurgie der Harnorgane,** von Viktor Pauchet-Amiens. Kurze Beschreibung der Rückenmarksanästhesie, die P. nur mit Stovainlösung vornimmt; das Stovain ist weniger gefährlich als Kokain, weil es rasch ausfällt und deshalb nicht über den Dorsalteil des Rückenmarks hinausgelangt, während Kokain durch Diffusion sehr bald in die Medulla oblongata kommt. Bei Operationen an den Nieren und bei allen Laparatomien muſs durch Beckenhochlagerung eine stärkere Diffusion des Stovains herbeigeführt werden; es empfiehlt sich

jedoch, in den ersten 10—15 Minuten nach der Injektion den Oberkörper des Patienten nur um 30° zu neigen; wird nach einer Viertelstunde die Beckenhochlagerung auf 45° gebracht, dann ist das Stovain bereits fixiert oder resorbiert und kann nicht mehr in die Medulla gelangen. Bei Operationen an tiefliegenden Organen, am Perineum, am Penis und an den Hoden soll Stovain nicht in isolatorischer (0,7%iger), sondern in 1%iger Kochsalzlösung angewendet werden; die Wirkung erstreckt sich dann nicht über den Plexus sacralis hinaus. — Nebenwirkungen gefährlicher Art hat P. nicht beobachtet; Mifserfolge kamen um so seltener vor, je mehr seine Erfahrung zunahm. *Götz-München.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1908. Heft 1.

Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Neubildungen und anderen Veränderungen in den Epithelien der Haut, von Campana. Bei der histologischen Untersuchung von Geweben, welche der Wirkung der X-Strahlen ausgesetzt worden, zeigt es sich, dafs sich diese Wirkung auf die Epithelien ausübt, besonders auf diejenigen, die sich in lebhafterer Aktivität befinden; sie läfst sich demnach mehr an den Epithelien der Haarfollikel als an denjenigen der übrigen Stellen der Hautdecke erkennen, ebenso auch mehr an den Epithelien der Neubildungen als in normalen Geweben. Die X-Strahlen haben nun nicht allein eine kaustische Wirkung, sondern auch eine dynamische, die sich auch über die epithelialen Bezirke hinaus erstreckt.

Die Resultate der Radiotherapie bei einigen in der Klinik behandelten Hautkrankheiten, von Terzaghi. Günstige Resultate wurden erzielt bei parasitären Hautaffektionen (vier Fälle von Trichophytie, ein Fall von Favus), bei umschriebener Psoriasis der unteren Extremität und der Mamma (ein Fall der letzteren Art hatte allen anderen Behandlungsmethoden getrotzt), in einem Falle von Nasenepitheliom und von Lupus mit sekundärem Epitheliom; in einem Falle von schwerem Sarkom wurde eine Verkleinerung des Tumors erzielt, der aber nicht vollständig verschwand; in einem Falle von Angioma des Gesichts blieb die Methode ohne jeden Erfolg.

Die ersten Behandlungsresultate mit den Röntgenstrahlen in einem Falle von Lupus des Gesichts mit begleitendem Epitheliom, von Lanzi. Es wurden im ganzen innerhalb 38 Tagen 14 Sitzungen von je 15—20 Minuten angewendet. Der Erfolg war entschieden ein guter, jedoch, wie gewöhnlich, kein definitiver.

Fall von bösartiger desquamativer Dermatitis, von Terzaghi. Es handelt sich um einen Alkoholiker mit schwerer Syphilis, im Alter von 21 Jahren; die Diagnose lautete: Residuales akneiformes Syphilid, seröse Arthrosynovitis des linken Knies, diffuses Ekzem; es bestand eine ziemlich beträchtliche Desquamation und seropurulente Exsudation, ferner neuritische Erscheinungen mit Kontrakturen der Extremitäten. Unter der Behandlung (Sublimatinjektionen, Bäder) besserte sich zwar der Zustand der Haut ziemlich beträchtlich, der Patient starb aber an Herzlähmung.

Die Veränderungen des zentralen Nervensystems (Gehirn) bei Lepra, von Campana. Es handelt sich hier nur um ganz schwere oder sehr alte Fälle von Lepra, da bei den leichteren Veränderungen im Gehirn fehlen. Sie bestehen teils in der Bildung in der Nähe der Gefäfse von eigentlichen Herden, lepröser Granulome. Campana hat derartiges selbst niemals beobachtet; weshalb er denn auch hier von einer anderen Veränderung reden will, die in folgendem besteht: in einzelnen Abschnitten der Hirnrinde findet man Nervenzellen, die ihr Chromatin verloren haben und deren Kern verändert ist; in den sie umgebenden lakunären Räumen junge oder alte Leukocyten mit ebenfalls verändertem Kerne und Chromatin; die Fasern, die

von diesen Zellen ausgehen, zeigen in ihrer Mitte zahlreiche Pünktchen, die bei starker Vergröfserung untersucht, sich als leukocytenähnliche Zellen erweisen. Die Zellen der Neuroglia erscheinen vermehrt und in ihrer Struktur verändert, besonders in der Nähe der Gefäfse, wo man Anhäufungen von zelligen Gebilden konstatiert. Es ist hier nicht das spezifische Gift, das mit den Bazillen ins Gehirn eindringt, sondern es handelt sich um ein putrides Gift, das in den abgestorbenen Geweben entsteht und auf dem Lymphwege fortgeschleppt wird, Proteinkörper, Leukomaine, deren Giftigkeit jedoch abgeschwächt ist und die zum Teil durch den Harn eliminiert werden, nachdem sie in den Nieren ebenfalls Veränderungen hervorgerufen.

Nachträgliche Notiz zum Falle Lanzi (siehe weiter oben). Der Patient wurde einige Zeit nach seiner Entlassung wieder in die Klinik aufgenommen mit einer bedeutenden Verschlimmerung seines Zustandes und in einem Zustande hochgradiger Abmagerung hauptsächlich infolge von wiederholten kleineren Hämorrhagien.

Vor den Azoren, Reiseerinnerungen von Campana auf seiner Rückkehr vom „International dermatological Congress" in New York. Sein Mitleid für an Bord befindliche Tuberkulöse, deren Genuſs an den Naturschönheiten ein nur teilweiser sein konnte, veranlaſst ihn für die Versorgung solcher Patienten in Sanatorien ein warmes Wort der Empfehlung einzulegen. *C. Müller-Nyon.*

Folia urologica.

Band I. Nr. 1. Juni 1907.

I. **Die Endresultate meiner Nephrektomien wegen Tuberkulose; nebst einigen diagnostischen Bemerkungen**, von James Israël-Berlin. Tuberkulose der Blase und der Harnwege überhaupt beginnt in der Niere und wird geheilt oder gebessert durch Entfernung der kranken Niere; je früher dies geschieht, um so besser die Resultate. Die frühe Diagnose der Tuberkulose kann und soll vom praktischen Arzte gestellt werden, die spezialistische Untersuchung betrifft vor allem die Funktion der anderen Niere. Fehlerquellen sind dabei möglich, ihre Gefahren geringer als das Zuwarten. Spontane Heilung der Nierentuberkulose ist nur möglich bei geschlossenen Herden, also in klinisch nicht diagnostizierbaren Fällen oder durch Obliteration des Ureters und Ausschaltung der betreffenden Niere, ein Prozeſs, der ungefährlicher und prompter durch die Nephrektomie geschieht.

II. **Die chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose**, von Nicolich. Die Nierentuberkulose ist bekanntlich meistens unilateral. Sie kann zu lebensgefährlichen Blutungen Anlaſs geben, auch dann, wenn nur eine einzige Papille ulceriert ist. Öfters ist die erkrankte Niere kleiner als die normale. Die Schmerzhaftigkeit ist manchmal gerade auf der gesunden Seite lokalisiert. Bei der Diagnose leistet die Cystoskopie vortreffliche Dienste: gröſsere Granulome oder kleine Papillen in der Umgebung der Ureterenmündung sind von gröſster Wichtigkeit in dieser Beziehung. Ist der Urin klar, so kann trotzdem eine Nierentuberkulose vorliegen, indem der Ureter auf der erkrankten Seite obliteriert sein kann. Andererseits beweist das Vorhandensein von Tuberkelbazillen in dem durch Ureterenkatheterismus gewonnenen Urin noch nicht das Bestehen einer Nierentuberkulose, indem die Bazillen in den Katheter eingedrungen sein können, während dieser die Blase passierte. Der den Nieren enthobene Urin kann trübe sein; in diesen Fällen kann es sich um Tuberkulose auf der einen und Pyelonephritis auf der anderen Seite handeln; die getrennten Urinportionen müssen dann bakteriologisch untersucht werden. Eventuell muſs der Harnkatheterismus bei geöffneter Blase ausgeführt werden, wenn nämlich die gewöhnlichen Mittel zur Trennung des Urins nicht ausreichen. Auſser der Nephrektomie kommt bei der

Nierentuberkulose keine andere Behandlungsmethode in Frage; die Heilung erfolgt um so sicherer, je frühzeitiger operiert werden kann. Die Tatsache, dafs doppelseitige Nierentuberkulose besteht und dafs noch andere Organe tuberkulös erkrankt sind, kontraindizieren die Nephrektomie nicht immer. Die Rückenmarksanästhesie (Stovain) kann bei bestehender Gefahr die Chloroformnarkose ersetzen. (*C. Müller-Nyon.*)

III. **Das Epitheliom der Harnröhre des Mannes,** von Jos. Englisch-Wien. Das an sich äufserst seltene Epitheliom der Harnröhre entwickelt sich infolge Reizung und darauf folgende Wucherung des Harnröhrenepithels, schliefst sich darum meist an alte Blennorrhoe und Strikturen an und findet sich dann in erster Linie am Bulbus und in der Pars membranacea. Daneben spielen Traumen, embryonale Zellverlagerung sowie Umwandlung ursprünglich gutartiger Neubildungen eine Rolle. Nur radikale Operation frühzeitig erkannter Fälle führt zur Heilung. Genaue Besprechung der für die Diagnose wichtigen Punkte.

IV. **Allgemeine Betrachtungen über Blennorrhoebehandlung,** von J. Janet-Paris. Ganz beginnende Fälle können koupiert werden, die Patienten sind zur rechtzeitigen Vorstellung beim Arzte zu erziehen; in bereits entwickelten Fällen hängt die Behandlungsmethode von der Höhe der entzündlichen Erscheinungen ab: je stärker diese ausgeprägt, um so weniger soll die Behandlung forciert werden. In jedem Stadium sind Schädigungen instrumenteller und anderer Art strikte zu meiden, intraurethrale Eingriffe zu diagnostischen Zwecken nur in Ausnahmefällen erlaubt, selbst die zum Herauspressen des Eitertropfens oft nötige Massage des Gliedes zu unterlassen. Empfehlung seiner Spülmethode im Gegensatz zu anderen Eingriffen, die nur in ganz geübten Händen gutes leisten können.

V. **Eine neue, einfache und sichere Methode, die Harnleitermündungen aufzufinden,** von S. Jacoby-Berlin. Die Uretermündungen sind am besten zu finden, wenn man statt des oft wenig ausgeprägten Harnleiterwulstes, das stets sichtbar zu machende Ligamentum interuretericum aufsucht, auf dessen Endteilen die Öffnungen schon aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen liegen müssen.

VI. **Die Irrigationsurethroskopie,** von H. Goldschmidt-Berlin. Wird fortgesetzt.

VII. **Syphilitische Papeln in der Harnröhre des Mannes,** von E. d'Haenens-Antwerpen. In der Harnröhre eines Patienten mit angeblichen Blennorrhoeresten, Fäden im Urin, fanden sich bei der endoskopischen Untersuchung Papeln, deren syphilitische Natur erst beim Auftreten anderer syphilitischer Erscheinungen am Körper erkannt wurde.

VIII. **Die interne und die lokale Behandlung der akuten Blennorrhoe in urethroskopischer Beleuchtung,** von Paul Asch-Strafsburg. Im Gegensatz zu den Janetschen Spülungen geben interne Behandlung sowie von Patienten ausgeführte Injektionen weder zeitlich noch anatomisch gute Resultate; die anatomische Heilung ist unbedingt in jedem Falle mittels Endoskop zu kontrollieren, da Erkrankungen der Littréschen Drüsen usw. beim klarem Urin möglich sind.

Nr. 2. September 1907.

I. **Die Diagnose und chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose,** von F. Cathelin-Paris. Bericht über 24 operative Eingriffe in 20 Fällen von Nierentuberkulose: C. zieht seinen Urinseparator dem Ureterenkatherismus vor und plädiert für frühzeitige Nephrektomie (lumbal, extrakapillär). Die Infektion der zweiten Niere auf dem Blutwege geht nach C. durch venöse Anastomosen vor sich; Anastomosen, die besonders von der linken Niere nach den unteren Zwergfellvenen und von diesen zu dem äufseren Nierenvenengeflecht rechts gehen und auf diesem Wege einen förmlichen Kanal bilden, — den „Canalis venosus reno-capsulo-diaphragmaticus Albarran-Cathelin“.

II. **Das Sarkom der Prostata**, von Conforti und Favento. Diese Neubildungen können bis zu Kindskopfgröfse anwachsen; sie infiltrieren häufig die Blasen- und Harnröhren-, selten die Ureterenwandungen und metastasieren leicht. Die klinischen Symptome wechseln nach dem Alter der Patienten. Plötzliche und vollständige Harnretention wird nur bei jungen Individuen beobachtet; bei Erwachsenen machen sich die Kompressionserscheinungen eher nach dem Rectum hin gelten. Die chirurgische Behandlung hat nur beim Erwachsenen Aussicht auf Erfolg, da das Sarkom dort einen langsamen Verlauf zeigt und nicht dieselbe Ausdehnung erreicht wie bei jugendlicheren Individuen. (*C. Müller-Nyon.*)

III. **Die Irrigationsurethroskopie**, von Hans Goldschmidt-Berlin. Die durch Wasserdruck bis zum „physiologischen Lumen" erweiterte Harnröhre wird mit einem optischen Apparat, ähnlich dem des Cystoskops beleuchtet. Besonders der hintere Abschnitt der Harnröhre soll leicht zu untersuchen und die einzelnen Teile in ihrer Konfiguration, Samenhügel usw. plastisch zu sehen und zu beurteilen sein. Die genaue Beschreibung, sowie die sehr instruktiven Abbildungen müssen in der ausführlichen Arbeit selbst eingesehen werden.

IV. **Zur Frage der im Kindesalter vorkommenden chronischen Erkrankungen der Nieren**, von J. A. Klimoff-St. Petersburg. Im allgemeinen kommen bei Kindern dieselben Nephritiden wie bei Erwachsenen vor, doch ist die Unterscheidung bestimmter Formen oft sehr schwierig. Infektionskrankheiten, besonders Scharlach sind als ätiologische Ursache bekannt, doch gibt es Fälle von chronischer, parenchymatöser Nephritis, deren Ätiologie dunkel bleibt. Hereditäre Lues als Ursache der mit Schrumpfung einhergehenden Formen wird hervorgehoben, — das Vorkommen von Nierenamyloid als häufig festgestellt. Grofser Wert wird auf tägliche Körperwägungen und tägliche Messung des Albumengehaltes gelegt.

V. **Zur Frage des sogenannten Diabetes insipidus**, von J. Segallow-Moskau. Bericht über eine Reihe von Fällen von Polyurie verschiedenster Ursache (Schwangerschaft, Hysterie, Syphilis usw.), in denen direkte oder reflektorische Reizung des am Boden des vierten Ventrikels sich findenden Zentrums der Polyurie aus einer Reihe nervöser Symptome geschlossen wird.

Nr. 3. Oktober 1907.

I. **Chronische hämorrhagische Nephritis**, von A. Pousson-Bordeaux. Die Zusammenstellung der bisher, besonders in der französischen Literatur veröffentlichten Fälle von sog. essentieller Nephrorrhagie zeigt, dafs es sich fast ausnahmslos um chronische hämorrhagische Nephritiden handelt, deren Diagnose nicht immer, aber meist mittels unserer modernen Nierenuntersuchungsmethoden sich stellen läfst und deren Behandlung eine operative sein mufs; vorzuziehen anderen operativen Eingriffen ist die mit Dekapsulation verbundene Nephrotomie.

II. **Über die sogenannte essentielle Hämaturie**, von H. W. v. Karaffe-Korbutt-St. Petersburg. Genaue Mitteilung eines einschlägigen Falles, bei dem die nach ausgeführter Nephrektomie vorgenommene histologische Untersuchung der Niere Veränderungen von Nephritis parenchymatosa et interstitialis ergab in Übereinstimmung mit den meisten der bisher in der Literatur niedergelegten Befunden in Fällen von essentieller Nierenblutung.

III. **Ein Beitrag zur normalen und pathologischen Physiologie des Ureters**, von J. Alksne-St. Petersburg. Die Kontraktionen des Ureters bestehen in peristaltischen, nach der Blase zu gerichteten Bewegungen und können von jedem Teile des Ureters ausgelöst werden, sind aber bei künstlichen Reizen unter Umständen antiperistaltische, besonders bei Reizung des der Blase zunächst gelegenen Abschnittes. Sie sind nicht auslösbar von der Blasenschleimhaut aus. Die zur Innervierung in

der Ureterwand sich findenden Ganglienzellen scheinen automatisch erregbar zu sein; normalerweise findet dies durch den Harneintritt statt (chemische und mechanische Reizung). Die automatische Tätigkeit wird wesentlich modifiziert vom Zentralnervensystem aus, durch den O- und CO_2-Gehalt des Blutes, durch die Körpertemperatur, durch Schwankungen des intraabdominellen Drucks. Die Kontraktionswelle des Ureters überschreitet eine verletzte Stelle nicht, eine stenosierte oder atonische erst, wenn der Druck des gestauten Urins dazu kommt: darum Entleerung des Harns seltener, aber in gröfseren Portionen. Bei beweglichen Nieren wechseln die Ausscheidungsintervalle, bei Hydronephrose fallen die Kontraktionen oft mit den Atembewegungen zusammen. Harnrückfluſs aus der Blase in die Ureteren ist auch beim Menschen sicher beobachtet worden.

IV. **Evakuationscystoskop mit auswechselbaren äufseren Rohren beliebigen Kalibers,** von A. Freudenberg-Berlin. Ein Satz verschieden weiter Evakuationskatheter kann mit dem gleichen optischen Apparat armiert werden.

V. **Über die operative Behandlung hartnäckiger Urethritiden beim Weibe,** von H. Füth - Cöln. In drei Fällen renitenter Urethralblennorrhoe hat F. die Harnröhre nach der Scheide zu gespalten; da das Sekret daraufhin dauernd Abfluſs hatte, sind die Fälle ohne weitere Lokalbehandlung ausgeheilt.

Nr. 4. November 1907.

I. **Über Nierentuberkulose,** von Hans Wildbolz - Bern. Der Nachweis der Bazillen zur Stellung der Diagnose: Tuberkulose der Harnorgane ist einfach und gelingt fast immer; die Cystoskopie, besonders die Chromocystoskopie orientiert rasch und sicher über die Lokalisation; zur Orientierung über die Ausdehnung des krankhaften Prozesses und über die funktionelle Leistung der Nieren sind alle Untersuchungsmethoden heranzuziehen, wobei zu beachten ist 1. das Vorkommen reflektorischer Anurie und Albuminurie und 2. die Beeinflussung des kryoskopischen Resultats der Urine und des Blutes durch andere als lokale Faktoren. Die Wichtigkeit der Erhaltung der getrennten Urine rechtfertigt den Katheterismus auch des Ureters der gesunden Seite, zumal die Infektionsmöglichkeit eine recht geringe ist. W. gibt die Möglichkeit ascendierender Tuberkulose zu und hält konservative Behandlung geeigneter Fälle nicht für Kunstfehler, ebenso wie er gegebenen Falles auch erst eine Nephrotomie versucht, selbst wenn es nötig werden sollte, die Nephrektomie sekundär anzuschliefsen.

II. **Vorschlag zu einer neuen Behandlung von Krankheiten bestimmter Abschnitte des Urogenitalapparates,** von Biondi. Nach einer Reihe von Experimenten an Tieren und dem Menschen, letztere mit tuberkulösen Affektionen des Urogenitalsystems kommt der Verfasser zu recht befriedigenden Resultaten. Injiziert wurden je 3—4 cm^3 einer der folgenden Lösungen: 1 ‰ wässerige oder alkoholische Sublimatlösung, 5 %iges Chlorzink, $\frac{1}{2}$ ‰ Fluorsilber usw. Seine Schlufsfolgerungen lauten: Flüssigkeiten, die zentripetal in das Innere des Vas deferens injiziert werden, gelangen durch die Samenblasen und die Duct. ejaculat. in die hintere Harnröhre und in die Blase und kommen schliefslich aus der vorderen Harnröhre heraus. In gleicher Weise zentrifugal eingeführte Lösungen verteilen sich auf den Schwanz und einen Teil des Körpers des Nebenhodens. Gewisse zentripetal in das Vas deferens injizierte Flüssigkeiten können bacilläre und eitrige Prozesse der Vasa deferentia, der Samenblasen, der Blase und der Harnröhre zur Heilung bringen. Zentrifugale Injektionen gewisser Substanzen in das Vas deferens, kombiniert mit anderen interstitiellen Injektionen in den Hoden, bringen die bacilläre Orchiepididymitis zur Heilung. (*C. Müller-Nyon.*)

III. **Tuberkulose der Nieren**, von W. A. v. OPPEL-St. Petersburg. Die Nierentuberkulose ist mit ganz seltenen Ausnahmen eine sekundäre, stets hämatogene (wie ascendierende) Erkrankung, deren Diagnose im Anfangsstadium sehr schwierig ist (Durchgang von Tuberkelbazillen durch gesunde bezw. anderweitig erkrankte Nieren vom primären Herde aus usw.). Die Behandlung nach Feststellung der Diagnose ist stets Nephrektomie; Kontraindikation ist nur Mangel bezw. Funktionsuntüchtigkeit der anderen Niere, die unbedingt durch Cystoskopie, Katheterismus der Ureteren usw. festzustellen sind. Zahlreiche pathologisch-anatomische Untersuchungen mit Abbildungen.

IV. **Bedeutung der Anaërobien bei der Harninfektion**, von GAUDIANI. Die vom Verfasser angeführten Untersuchungsresultate gründen sich auf die genaue bakteriologische Analyse der zweier eigener Fälle und auf die Literaturangaben. Danach sind die Anaëroben konstant in den Harnphlegmonen zu finden. Der ausgedehnte gangränöse Zerfall der Gewebe, der fötide Charakter dieser Eiterungen sind nicht durch die Harninfiltration der Gewebe, sondern durch die Gegenwart der Anaëroben bedingt. Wie dies bereits ALBARRAN nachgewiesen, gehört die Harnpflegmone in Wirklichkeit zu den septischen Phlegmonen. Die vorgefundenen Anaëroben sind verschiedener Art, so daſs die periurethralen Eiterungen und die Harninfiltrationen nicht für eine bestimmte Art spezifisch sind; sie sind offenbar vielmehr durch die gleichzeitige Wirkung mehrerer Arten von Mikrobien verursacht, von welchen letzteren bisher nur wenige Arten genau beschrieben sind. (*C. Müller-Nyon.*)

V. **Instrumentarium für die Urethroskopie und die Behandlung der hinteren Harnröhre**, von H. WOSSIDLO-Berlin. Neues Instrument zur Urethroskopia posterior mit gröſserem Fenster, auswechselbarem Schnabel behufs Besichtigung der oberen Wand, und Vorrichtung zur Einblasung von Luft und damit Ausdehnung der Urethra posterior.

Nr. 5. Dezember 1907.

I. **Kreuzung zwischen Ureter und Nierengefäſsen als Ursache von Hydronephrosen. Heilung durch ein neues Operationsverfahren: „Die Verlagerung des Harnleiters"**, von MAX COHNREICH-Berlin. Anomalien der Nierengefäſse können zur Kompression des Harnleiters und damit zur Hydronephrose dann führen, wenn Ureter und Gefäſs sich in der Weise kreuzen, daſs ein vor dem Ureter verlaufendes Gefäſs in die hintere Nierenhälfte einmündet oder umgekehrt. Der Durchschneidung des Gefäſses zwecks Beseitigung des Hindernisses ist die Verlagerung des Ureters aus dem Bereiche des kreuzenden Gefäſses vorzuziehen. Drei Fälle aus ISRAELS Klinik.

II. **Klinische Bemerkungen über 315 persönliche Fälle von Cystotomia suprapubica nach verschiedenen Indikationen**, von ANG. ROTH. Diese Indikationen verteilen sich auf die verschiedenen Fälle in folgender Weise: Cystotomie zur Ausführung des Katheterismus von hinten, drei Fälle; hartnäckige Urethralfisteln, zwei Fälle; Blasensteine 299; Blasentuberkulose fünf; Tumoren vier; partielle Prostatektomie zwei. Bei Harnröhrenfisteln, die jeder anderen chirurgischen Behandlung widerstehen, bietet die Sectio alta und die dadurch bedingte künstliche Ableitung des Harnstromes die Möglichkeit einer dauernden, radikalen Heilung. Die wegen Blasensteinen ausgeführte Sectio alta zeigt nur eine geringe Mortalität. Sie ist namentlich dann angezeigt, wenn septische Läsionen der Schleimhaut der Harnwege vorliegen, die andere chirurgische Eingriffe kontraindizieren.

III. **Das Prostatasekret bei der sogenannten „Prostatahypertrophie"**, von BERTHOLD GOLDBERG-Wildungen. Bei Prostatikern finden sich fast immer Leukocyten im Sekret, selbst wenn sie nie blennorrhoisch oder durch Katheter infiziert waren. Die Untersuchung darauf, sowie Untersuchungen über das Verhalten des Lecithins,

sollten in jedem Falle von „Prostatahypertrophie" vorgenommen werden, da sich daraus vielfach Schlüsse ziehen lassen. Eine grofse Reihe eigener Beispiele.

IV. **Totale Exfoliation der Blasenschleimhaut beim Manne,** von Paul Esau-Greifswald. Kasuistik: Die Diagnose gründete sich auf Entleerung von Schleimhautfetzen und totale Harnverhaltung, die Behandlung bestand in Sectio alta und Entfernung der abgestofsenen Membranen, Drainage, Dauerkatheter; Heilung.

V. **Die Urethrotomie und die Ausschabung der Strikturen in urethroskopischer Beleuchtung,** von Paul Asch-Strafsburg. Die Urethrotomia interna kann durch Ausschabung nicht durchschnittener Stellen der Striktur oder maligner Wucherungen im Operationsfelde ergänzt, in vielen Fällen ganz ersetzt werden, doch ist das Curettement kontraindiziert bei infektiöser Erkrankung der oberen Harnwege und scheint ohne Erfolg bei tuberkulösen Strikturen.

VI. **Korrigierapparate für Cystoskope zur Bestimmung der wirklichen Lage der Objekte im cystoskopischen Bilde,** von S. Jacoby-Berlin. Ein an dem Cystoskop zu befestigender Korrigierapparat, der die im optischen Apparat des Cystoskops gegebene Bildumkehrung (Spiegelbild) wieder aufhebt und so Untersuchung und Eingriffe erleichtert.

Nr. 6. Januar 1908.

I. **Diagnosen und Operationen bei verschmolzenen Nieren,** von James Israel-Berlin. Unter ca. 800 Nierenoperationen hat I. siebenmal verschmolzene Nieren, fünf Hufeisennieren (sämtlich mit verwachsenen unteren Polen) und zwei einseitige verschmolzene Langnieren gefunden. Mifsgebildete Nieren erkranken offenbar häufiger, da der Prozentsatz der bei Autopsien sich findenden Mifsbildungen ein viel geringerer ist. Die vor-operative Diagnose ist nur durch Palpation in geeigneten Fällen möglich, doch kann die Röntgentherapie sondierter Ureteren aus der Verlaufsrichtung derselben Schlüsse erlauben. Die auffallend mediane Lage einer Nierengeschwulst oder eines Nierensteins (Palpation oder Röntgen) ist mit Vorsicht zu verwerten, da 1. Dislokation der Niere und 2. Beteiligung eines anderen Organs auszuschliefsen sind. Die beiden Seiten der Hufeisenniere können nur durch doppelseitigen Einschnitt, die einseitigen Langnieren durch einen langen, schrägen Lumboabdominalschnitt auf der richtigen Seite zugänglich gemacht werden. Die Gefäfsversorgung ist eine sehr unregelmäfsige, blutleeres Operieren daher oft schwierig. Die von Israel an den sieben verschmolzenen Nieren vorgenommenen elf Operationen: zwei Nephrotomien, zwei primäre, eine sekundäre Nephrektomie, zwei Pyelolithotomien, zwei Nephrolithotomien und zwei Decapsulationen sind sämtlich geglückt.

II. **64 Radiogrammskizzen der Nieren-, Ureteren- und Blasenregion,** von Robert Kienböck-Wien. Nebst einigen differential-diagnostischen Punkten in der Deutung der durch geeignete Technik gewonnenen Platten.

III. **Über blennorrhoische Infektion von Raphecysten des Penis,** von Hans Vörner-Leipzig. Zwei Fälle von Cysten an der Raphe des Penis, die bei Urethralblennorrhoe mit blennorrhoisch erkrankten und in dem einen Falle durch Zerstörung der Cyste mittels Paquelin, im anderen durch Exstirpation zur Heilung gebracht wurden.

Nr. 7. März 1908.

I. **Klinische Untersuchungen über die Wirkung modifizierter Salicylsäuren auf die Harnorgane,** von Gmeiner-Giefsen. Im Gegensatz zu anderen Salicylpräparaten soll Novaspirin nie Nierenreizungen hervorrufen. Eine Reihe von Beobachtungen an Haustieren, besonders Pferden und Hunden, die nach grofsen Novaspirindosen keinerlei Reizerscheinungen ergaben.

II. **Beiträge zur Nierenexstirpation und Nierenresektion**, von PAUL STEINER-Klausenburg. Genauer Bericht über die im letzten Dezenium an der chirurgischen Universitätsklinik zu Budapest von DOLLINGER ausgeführten 38 Nierenexstirpationen und einer Nierenresektion, die wegen Tuberkulose (18 Fälle), Steinen (neun Fälle), Pyonephrose (sechs Fälle), sowie wegen Tumoren und Cysten vorgenommen wurden, ihre Endresultate und prozentuale Mortalität.

III. **Experimentelle Studien über die Wirkung des Traumas auf die gesunde Niere bei tuberkulöser Erkrankung der anderen**, von P. DE FAVENTO-Triest und G. CONFORTI-Florenz.

IV. **Die anormalen Nierengefäfse und die Hydronephrose**, von G. ECKEHORN-Sundsvall. Ausführungen zu der Arbeit COHNREICHS im fünften Hefte. Nierengefäfse, die hinter dem Ureter zum vorderen Teile der Niere verlaufen oder umgekehrt, können entscheidende Bedeutung für die Entstehung einer Hydronephrose erhalten, doch bedingen die Wechselbeziehungen zwischen Streckung eines Gefäfses und dem folgenden Druck auf den Ureter oder zwischen angefülltem Nierenbecken und dem Zug, den derselbe auf den Ureterhals ausübt, einen sehr komplizierten Entstehungsmechanismus.

V. **Die Untersuchung ohne Konduktor des vor der Prostata gelegenen Teiles der Harnröhre bei der Urethrotomia externa**, von V. GAUDIANI.

1. Es ist oft unmöglich bei der externen Urethrotomie ohne Führung den zentralen Harnröhrenstumpf zu finden, da die anatomischen Verhältnisse der Harnröhre und der perinealen Gewebe verändert sind.

2. In den Fällen, wo es dringend notwendig ist, die Blase zu drainieren, ist es besser, anstatt die Cystotomia suprapubica und den retrograden Katheterismus auszuführen, die Urethra praeprostatica aufzusuchen, eine Operation, welche von DEMARQUAY angegeben und von FORGUE zur Methode erhoben worden ist.

3. Da die Operation auf konstanten anotomischen Verhältnissen beruht (Aufsuchen des Prostatawulstes), so kann sie stets ausgeführt werden, wie auch immer die Verhältnisse der perinealen Gewebe sein mögen.

4. Im Gegensatz zum retrograden Katheterismus, bei welchem man das endovesikale Ende der Harnröhre aufsucht, kann man diese Operation Katheterismus retrostricturalis nennen.

5. Die Vornahme des retrograden Katheterismus wird daher nur auf jene Fälle beschränkt bleiben, in welchen abgesehen von einer undurchgänglichen Harnröhrenstriktur irgendeine Indikation zur direkten Untersuchung der Blase besteht.

VI. **Ein einfaches Verfahren der Harnsonderung**, von PAUL MÜLLER-Stafsfurt. Komprimiert man den Harnleiter der einen Niere, da, wo er seitlich vom letzten Lendenwirbel dem M. psoas major aufliegt, durch Druck von den Bauchdecken aus, so erhält man nach vorausgegangener Blasenspülung nur den Urin der anderen Niere.

VII. **Plötzlicher Tod beim Versuch der Erweiterung einer Urethralstriktur**, von JOHN A. WYETH-New York. Kasuistik. *Lehmann-Stettin.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1908. Nr. 3.

1. **Bericht aus der ärztlichen Praxis in Busko im Jahre 1907**, von M. SAWICKI. Verfasser behandelte im Jahre 1907 309 Patienten im Schwefelbade Busko (im Königreich Polen). Die meisten Kranken waren mit Syphilis (27,5%) und Parasyphilis (4,5%) behaftet. Die zweite Stelle gebührt den Arthropathien (21%), die

dritte den nervösen Erkrankungen (14,5%), die vierte den Stoffwechselkrankheiten (10%); dann folgen Skrophulose und Tuberkulose der Lymphdrüsen (6,5%), Dermatosen (5%), Erkrankungen des Blutsystems (4%), der männlichen (3%) und weiblichen (1%), Harnorgane und Erkrankungen des Darmtraktes (1,5%).

Was die Resultate der Behandlung anbelangt, hebt Verfasser in erster Linie die günstige Beeinflussung der syphilitischen Erscheinungen hervor, — sie heilen bedeutend schneller bei Anwendung der Balneo- und Hydrotherapie gleichzeitig mit den spezifischen Kuren. Von den Dermatosen eignen sich nach Verfasser zur Behandlung in Busko am besten das chronische Ekzem mit Infiltratbildung.

Zum Schlufs berichtet Verfasser über vier interessante Fälle. Der erste Fall betraf eine 23jährige Fabrikarbeiterin, bei der die Diagnose auf Grund genauer Untersuchung auf Sclerosis lateralis primaria gestellt werden mufste. Da in der Ätiologie dieses Leidens manchmal auch Syphilis erwähnt wird, versuchte Verfasser hier eine spezifische Kur nebst Balneotherapie anzuwenden, der Erfolg war aber vollkommen negativ. — Der zweite Fall betrifft einen 37jährigen Mann, der vor sechs Jahren Syphilis akquirierte und sich seit dieser Zeit regelmäfsig und ausgiebig mit Quecksilber behandelte. Zum Schlufs des dritten Krankheitsjahres stellte sich eine rechtsseitige Ischias ein, der dann eine Periostitis und Osteitis im Halsteile der Wirbelsäule und am Brustbein folgten. Da die energische Jodquecksilberkur eher nachteilig auf diese Symptome wirkte und die Urinuntersuchung eine abnorm hohe Vermehrung der Harnsäureausscheidung ergab, kommt Verfasser zum Schlusse, dafs die harnsaure Diathese, die durch ständige Anwendung des Quecksilbers bedeutend verstärkt wurde, die Ursache sowohl für die Ischias, als auch für die Periostitis und Ostitis columnae vertebralis et sterni abgab. — Im dritten Falle handelte es sich um eine Polyneuritis, die höchst wahrscheinlich als Folge einer Tripperinfektion aufgetreten ist. — Der vierte Fall betrifft einen 34jährigen Mann, der mit der Diagnose einer „rheumatischen Halsaffektion" nach Busko ankam. Die Affektion bestand in einer schmerzhaften Schiefstellung und maximaler Beugung des Kopfes nach vorn, in heftigen Schmerzen im Nacken und im Halse, die auch beträchtlich geschwellt und verdickt erschienen. Gleichzeitig bedeutende Sensibilitätsstörungen: totale Anästhesie und Analgesie der behaarten Haut des Hinterhauptes, der Haut am Nacken, der Hinterfläche des Brustkorbes und des rechten Oberarmes. Diese Störungen waren wohl auf eine Affektion sämtlicher Cervikalnerven und der sieben ersten Dorsalnerven zu beziehen, die durch eine Veränderung im Rückgratkanal zu erklären war, welche Druck auf die aus dem Rückenmark kommenden Nervenwurzel ausübte. Da Patient vor acht Jahren Syphilis durchgemacht hat, war es naheliegend an eine Pachymeningitis spinalis gummosa zu denken, und die sofort eingeleitete energische Jodquecksilberbehandlung nebst Balneo- und Hydrotherapie führten zu vollkommener Heilung des Leidens.

2. **Drei Fälle von Dermatosen bei Diabetes mellitus**, von Juljusz Wiśniewski. Bericht über drei Fälle von Hauterkrankungen bei Diabetes mellitus. Der erste Fall betrifft eine 46jährige Frau mit Erythrodermie, atypischer Psoriasis und circumskripter Gangrän der linken Fufssohle bei 4% Zuckergehalt im Harne. Während der Behandlung des Diabetes gingen sämtliche Hauterscheinungen zurück. — Im zweiten Falle entstand bei einer an lange dauerndem Diabetes mellitus leidenden 50jährigen Frau ein pustulöses Ekzem in der Gegend des Nabels, der Ober- und Unterarme; die Diagnose wurde durch den weiteren Verlauf vollkommen bestätigt. — Der dritte Fall betrifft ein 18jähriges Mädchen mit Hauteffloreszenzen auf den oberen und unteren Extremitäten und im Gesicht; dieselben erinnerten anfangs an Lichen ruber planus, nach einem Monate aber bildeten sich in deren Mitte winzige Pusteln, die den

Haarbälgen entsprachen und dann zu Krusten eintrockneten. Aufserdem waren bei der Patientin Furunkel und Narben nach solchen vorhanden, ferner eine Paronychie und Ekzem der Geschlechtsteile. Gleichzeitig mit diesen Hauteffloreszenzen traten auch Erscheinungen des Diabetes auf und mit dessen Behandlung begannen dieselben zu verschwinden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XV. März 1908.

I. **Zur Frage des Tuberkulosenachweises durch die v. Pirquetsche Reaktion,** von Schiperskaja. Die Versuche wurden an 54, klinisch keine Zeichen von Tuberkulose aufweisenden Kindern angestellt und ergaben einige Überraschungen. Es fiel nämlich bei mehreren Kindern von Müttern mit Lupus vulgaris die Reaktion positiv aus, ohne dafs die Kinder Lupus oder Tuberkulose zeigten. Ferner fiel die Reaktion bei zwei Kindern mit allgemeiner Furunkulosis negativ aus, die aber einige Zeit darauf an Miliartuberkulose eingingen. Endlich wäre zu bemerken, dafs die Reaktion auf der Beugeseite der Arme stets stärker ausfiel, als auf der Streckseite.

II. **Zur Frage der benignen Neubildungen der Haut von Boeckschem Typus, auf Grund eines selbst beobachteten Falles,** von Morosow. Es handelt sich in dem vom Verfasser in der Pawlowschen Klinik beobachteten Falle um eine 42jährige Bäuerin, welche die ersten Erscheinungen ihres Leidens vor ca. acht Jahren bemerkt haben will. Die Kranke hat auf der rechten Wange, der linken Nasenhälfte, über der linken Augenbraue und auf dem rechten Bein je einen Knoten von der Gröfse eines silbernen 20 Kopekenstückes bis zu der eines Silberrubels und von bläulichroter Farbe. Aufserdem ist die Haut hinter beiden Ohrenmuscheln im Umfange von ca. 10 cm glatt, glänzend wie eine Narbe und bedeckt mit kleinen braunroten Knötchen, von der Gröfse etwa eines Mohn- bis Gerstenkernes. Endlich sind die Finger spindelförmig aufgetrieben und verdickt und zeigen auf dem Radiogramm das Bild der Osteoporose und Osteosklerose. Ähnlich sind auch die Zehen verändert. Die Matrix der Nägel ist trüb und rissig. Von den inneren Organen ist zu bemerken, dafs das Exspirium über der rechten Lungenspitze verlängert und mit einem eigentümlichen Reibegeräusch verbunden ist. Die Cubital-, Submaxillar- und Axillardrüsen sind vergröfsert.

Mikroskopisch handelt es sich um herdförmige Veränderungen von epitheloidem Charakter mit Vorkommen typischer Langhansscher Zellen. Klinisch wie mikroskopisch stimmt der beschriebene Krankheitsfall mit Boecks multiplem benignem Sarkoid überein. Obgleich die Inokulation eines Geschwulststückchens in die vorderen Augenkammern eines Kaninchens mifslang, sieht Verfasser dennoch auf Grund der allgemeinen Schwäche der Kranken, wie des verlängerten Expiriums und der vergröfserten Lymphdrüsen den Fall zur Tuberkulose gehörig an. Ungewöhnlich sind die Veränderungen der Finger und Zehen.

III. **Die Wirkung des Chrysarobins auf den Pilz des Trichophyton tonsurans,** von Tschumakow. Befriedigendes Resultat durch Chrysarobinanwendung bei Herpes tonsurans.

IV. **Ein Fall frühzeitiger Entwicklung von Pigmentsyphilis,** von Mironowitsch. Etwa 14 Tage nach dem Schwinden der primären Roseola trat in ein bis zwei Tagen unter den Augen des Verfassers bei einer Dame ein Leucoderma syphiliticum des Halses auf, ohne dafs vorher an dieser Stelle eine Roseola bemerkt worden wäre. Verfasser spricht daher diese Veränderung der Haut nicht als Leukoderma sondern als pigmentiertes Syphilid an. *Arthur Jordan-Moskau.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Untersuchungen über das funktionelle Verhalten der Gefäfse bei trophischen und vasomotorischen Neurosen, von HANS CURSCHMANN-Mainz. (*Münch., med. Wochenschr.* 1907. Nr. 51.) Nach C. betrachten die Neurologen die trophischen und vasomotorischen Neurosen zu einseitig vom rein symptomatologischen Standpunkt aus und vernachlässigen dabei die allgemein pathologischen Verhältnisse. Wenn CASSIERER zwischen Akroparästhesien mit und Akroparästhesien ohne manifeste vasomotorische Erscheinungen im Anfall unterscheidet, so hält C. das nicht für berechtigt; denn bei den genuinen Akroparästhesien, die übrigens besser als „vasokonstriktorische Neurose" zu bezeichnen wären, sind primäre vasomotorische Störungen konstant. Auch mit der Auffassung der Erythromelalgie als einer im wesentlichen selbständigen Neurose ist C. nicht ganz einverstanden; er glaubt, dafs die anfallsweise auftretende, partielle arterielle Hyperämie der Körperenden weit häufiger eine Teilerscheinung der vasokonstriktorischen Neurose ist als eine genuine Krankheit. Auch die RAYNAUDsche Krankheit scheint C. mit der vasokonstriktorischen Neurose nahe verwandt zu sein.

Über das eigentliche Wesen der den vasomotorischen und trophischen Neurosen zugrunde liegenden Prozesse, insbesondere über die Natur der Störungen der Gefäfsaktion wissen wir zurzeit noch recht wenig. Um darüber Klarheit zu gewinnen, wandte C. die Plethysmographie an, durch welche das funktionelle Verhalten des arteriellen Gefäfssystems genau geprüft und veranschaulicht und die Reaktion der Gefäfse auf äufsere Einflüsse, thermische und andere Reize festgestellt werden kann. C. fand, dafs bei RAYNAUDscher Krankheit und bei Sklerodermie mit RAYNAUDschen Symptomen an den Arterien der erkrankten Extremitätenenden die normalen Gefäfsreaktionen (Kälte-, Wärme-, Schmerz- und Affektreaktion) permanent fehlten, gleichviel um welchen Grad des Leidens und um welche Altersstufen es sich handelte; bisweilen kam eine paradoxe Reaktion im Sinne einer Gefäfsverengerung auf Wärmeeinwirkung zur Beobachtung. Es mufs demnach bei den genannten Affektionen eine dauernde Zustandsveränderung der befallenen Extremitätenenden vorliegen, die aber zumeist nicht in anatomischen Veränderungen der Arterienwandung, sondern in einer Tonusveränderung der Arterie, in einer dauernden Vasokonstriktion bestehen dürfte. Der Reaktionsverlust der Arterien bei der RAYNAUDschen Krankheit stellt eine spezifische Erscheinung, eine primäre Gefäfsinnervationsstörung dar. — Dasselbe plethysmographische Resultat wie bei RAYNAUDscher Krankheit erhielt C. in zwei Fällen von intermittierendem Hinken; das ist nicht auffallend, da ja fast stets arteriosklerotische Prozesse die Ursache des Leidens bilden, und bei Arteriosklerose die normale Reaktion der Arterien sehr frühzeitig Schaden leidet. — Auch in mehreren Fällen von Akroparästhesien vasokonstriktorischer Art fehlten die Gefäfsreaktionen auf Temperaturreize konstant, gleichviel ob die Untersuchung im Intervall oder bald nach einem Anfall vorgenommen wurde. Auch hier mufs also eine dauernde Tonusveränderung konstriktorischer Art vorhanden sein, wenn auch wahrscheinlich nicht in dem Grade und nicht so konstant wie bei RAYNAUDscher Krankheit. Jedenfalls aber zeigt das funktionelle Verhalten der Gefäfse die nahe Verwandtschaft der vasokonstriktorischen Akroparästhesien mit der symmetrischen Gangrän. *Götz-München.*

Über Hautaffektionen bei septischen Erkrankungen, von Waldemar Paul Ludwig Wirsing. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Die Hautaffektionen bei septischen Erkrankungen sind fast ausschliefslich hämatogenen Ursprungs und in den meisten Fällen die Folgen embolischer Hautmetastasen, sei es, dafs diese Embolien als reine Bakterienembolien direkt aus bakterienführendem Blute stammen, sei es, dafs sie unter Vermittlung septischer Endokarditis bezw. Thrombophlebitis durch losgelöste Teilchen der endokarditischen Auflagerungen oder des Thrombus zustande kamen. Bei diesen Hauteffloreszenzen und im besonderen bei den Hautblutungen ist die pathologische Alteration der betreffenden Gefäfswände, die aus der allgemeinen Erkrankung sich ergibt, von ganz besonderer Bedeutung. Aufserdem spielen wohl dabei auch die infolge ungenügender Ernährung durch die veränderte Blutbeschaffenheit herabgesetzte Widerstandskraft der Hautgewebe und rein nervöse Einflüsse, die zentral oder peripher durch die Bakterien oder ihre Toxine hervorgerufen werden, eine begünstigende Nebenrolle. *Fritz Loeb-München.*

Chronische Polycythämie und Cyanose mit Milzschwellung (Vaquezsche Krankheit), von J. M. Anders-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Juni 1907.) Fälle dieses von Vaquez zuerst im Jahre 1892 erwähnten Symptomenkomplexes sind immerhin noch eine Seltenheit. Reckzeh hat vor kurzem (1905) eine Synopsis von 34 Fällen gegeben, und A. hat 17 weitere Fälle aus der Literatur zusammengestellt, denen er zwei resp. drei eigene Beobachtungen hinzufügt: Fall I. Ein 25jähriges Fräulein mit Neigung zur Korpulenz unregelmäfsiger, zeitweilig schmerzhafter Menstruation mit dunkelbrauner Absonderung, hat seit zehn Jahren die Cyanose dargeboten. Zur Zeit der Untersuchung ist das Gesicht stark cyanotisch, von schwarzblauer Röte aufser an kleinen Gebieten um den Mund, am Kinn und die Augen. Milz ein wenig vergröfsert. Herzaktion beschleunigt, Aortentöne leicht verändert. An roten Blutkörperchen werden 5300000—6900000 gezählt; Hämoglobingehalt 110%. Patientin klagt über Kopfschmerzen, nervöse Erregung, Schwindelanwandlungen und Muskelkrämpfe der unteren Extremitäten. Die Behandlung brachte deutliche Besserung hervor. — Fall II. Kommis, 31 Jahre alt, mager, klagt über leicht eintretende Verdauungsstörungen, Kopfweh, Schwindel und gewisses Angstgefühl. Lippen, Bindehäute, Gesicht, namentlich die Nase und Ohren ausgesprochen cyanotisch; auch Hände und Füfse dunkel gefärbt. Etwas Herzhypertrophie; am Apex ein undeutliches Geräusch. Milz palpabel aber nicht übermäfsig vergröfsert. Erythrocyten 7400000. Hämoglobin 130%. Ein dritter, nicht ganz klarer Fall betraf ein 21jähriges Mädchen. Seit zwei Jahren besteht Cyanose und Dyspnoë bei allen körperlichen Anstrengungen. Herz nicht intakt. Milz nicht nachweislich vergröfsert. Haut des Gesichts von ausgesprochen livider Färbung. Erythrocyten nicht vermehrt. Hämoglobingehalt 120%. Therapeutisch kommen Diätvorschriften in Betracht und die Darreichung von Nitritverbindungen und Jodpräparaten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Erythrhämie. (Morgagni, 1. Februar 1908.) Der Artikel bezieht sich auf einen von Osler im *Lancet* beschriebenen Fall. Die Affektion ist charakterisiert durch eine mehr odes weniger ausgesprochene Cyanose des ganzen Körpers, die in liegender Stellung noch zunimmt; durch eine beträchtliche Milzschwellung und durch eine zuweilen enorme Zunahme der roten Blutkörperchen. Die Krankheit ist von zuweilen intensiven Schmerzen in den Extremitäten begleitet. Die Pathogenese ist vorderhand gänzlich rätselhaft, obwohl es an Theorien nicht gefehlt hat.

C. Müller-Nyon.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von Bintschtok. (*Praktitscheski Wratsch.* 1908. Nr. 1.) Es handelt sich um einen 40jährigen Nephritiker, bei dem Hände und Füfse bläulich verfärbt und verstümmelt waren. An der rechten Hand

fehlt am Daumen, Zeige- und kleinen Finger die erste Phalange vollständig und ähnlich sind die Veränderungen an der linken Hand. An den Füfsen fehlt die erste Phalange sowohl rechts, als links entsprechend der grofsen und der dritten Zehe. Unter allgemeiner und lokaler Behandlung vernarbte die Gangrän und besserte sich die Nephritis. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zum Kapitel: „Menstruationsexantheme", von Curt Mann-Dresden. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 44.) Exantheme, welche in deutlicher Abhängigkeit von der Periode regelmäfsig sowohl während der Menses als auch noch unmittelbar vor deren Eintritt oder direkt nach Aufhören derselben auftreten, sind garnicht selten. Sie kommen vor in Form von Rosacea, exudativen Erythemen, Urtikaria und anderen Dermatosen. Einen Fall, der differentialdiagnostisch interessant war in bezug auf Lues, wurde vom Verfasser beobachtet. Weitere Fälle werden angeschlossen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Erythrodermia desquamativa, eine eigenartige universelle Dermatose der Brustkinder, von Carl Leiner-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 51.) Diese Krankheit stellt einen Typus für sich dar und betrifft fast ausschliefslich Brustkinder, welche dadurch schwer geschädigt werden. Von den 43 Fällen, welche Verfasser sah, waren 41 Brustkinder, 28 wurden geheilt, 15 starben. Es handelt sich um eine universelle Dermatose, die Veränderungen am Kopfe sind seborrhoischer Art, der Stamm ist intensiv rot und mit gelben feuchten Schuppenmassen bedeckt, die sich lösen lassen. An den Extremitäten sind die Streckseiten stärker mit Schuppen bedeckt, die Hände und Füfse sind oft fleckenweise gerötet, auch die Nägel sind deformiert. Drüsen wenig geschwollen, Allgemeinbefinden meist wenig gestört, Juckreiz fehlt. Meist heilt die Krankheit langsam ab, wobei das Gewicht des Kindes oft abnimmt. Bei einem Teil aber ist der Verlauf letal, trotz der Brustnahrung treten Darmerscheinungen immer mehr in den Vordergrund, das Kind kollabiert. Das wesentliche des Krankheitsbildes besteht also in einer universellen leichten Entzündung der Haut und einer stetig sich erneuernden Desquamation und verdient die Krankheit daher den Namen Erythrodermia desquamativa, sie ist eine echte Säuglingsdermatose und als autotoxisches Erythem aufzufassen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Diarrhoe, Erythem und Asthma infolge, allem Anscheine nach, von einem Nasenleiden, von J. W. Stenhouse-Manchester. (*Lancet.* 27. Dez. 1907.) Die 39jährige verheiratete Patientin litt seit etwa vier Jahren an Darmkatarrhen und seit 1½ Jahren an Anfällen von Asthma. Dazu gesellte sich bei zwei Gelegenheiten ein als Erythema urticaria bezeichnetes Hautleiden. Nachdem eine Turbinektomie ausgeführt worden war, sistierten alle Beschwerden, während die vorherige ausgiebige und schonende Behandlung entschieden versagt hatte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erythema toxicum grave nach antimalarischer Behandlung, von B. Peričič. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 29.) Es ist noch nicht sicher entschieden, ob das Arsen oder das Chinin bei der Arsen-Chininbehandlung der Malaria die schweren toxischen Erytheme hervorriefen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Pellagra, von B. Triller. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 405.)

Fritz Loeb-München.

Ein sporadischer Fall von Pellagra, von T. C. Merrill-Colorado. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 11.) Der als Pellagra diagnostizierte Fall betraf einen 42jährigen Mann, der unter schweren Allgemeinerscheinungen mit einer Entzündung des Mundes, der Zunge und des Pharynx unter Pigmentbildung auf den Handrücken und Hautjucken erkrankte. Urinuntersuchung war negativ. Die Untersuchung einer Probe des von dem Patienten genossenen Getreidemehls ergab, dafs dieses zur regel-

mäfsigen Nahrung ungeeignet war. Merkwürdigerweise waren seine Familienmitglieder nicht erkrankt. *Schourp-Danzig.*

Zur Morphologie des Blutes bei den Pellagrösen, von Pesbrico. (*Morgagni.* 1907. Nr. 11.) Es wurde hauptsächlich eine Abnahme der neutrophilen Leukocyten (von denen die meisten drei Kerne enthielten und deren Protoplasma sich ungleich färbte), sowie eine Zunahme der Lymphocyten konstatiert. *C. Müller-Nyon.*

Zur Frage über die Ätiologie der Pellagra, von Konstantin v. Deckenbach-St. Petersburg. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 45, Heft 6.) Ungeachtet der grofsen Zahl von Forschern, die auf diesem Gebiete gearbeitet haben, ist die Ätiologie der Pellagra noch völlig unaufgeklärt, wenn auch darüber Einmütigkeit herrscht, dafs die Pellagra durch den Genufs von Mais von schlechter Qualität verursacht wird. Auch nach v. Deckenbachs Überzeugung ist die Frage über die Ätiologie der Pellagra enge mit jener über die Krankheiten des Maises verknüpft. Bei seinen Untersuchungen über die Krankheiten der Kulturgewächse Bessarabiens, wo unter der Bevölkerung die Pellagra an Häufigkeit und Bedeutung nicht hinter Pocken, Masern und Typhus zurücksteht, fand er nun einen dort noch nicht beobachteten Pilz, Oospora verticilloides Sau., der auf der lebenden Maispflanze parasitierend, eine Krankheit der Maiskörner verursachte. Festzustehen scheint ja, dafs in den chemischen Veränderungen, welche das Maiskorn unter Mitwirkung von Bakterien und Pilzen erleiden kann, der ätiologische Zusammenhang mit der Pellagra zu suchen ist. Verfasser glaubt nun auf Grund seiner Untersuchungen, dafs dem genannten Pilze, der auf den Maiskolben parasitiert, eine eben solche Rolle betreffs der Pellagra zuzuschreiben ist, wie sie Claviceps purpurea, das Mutterkorn, in den Epidemien der Kribbelkrankheit und den Erscheinungen des sog. Ergotismus spielt. Bezüglich des oben genannten Pilzes seien noch folgende, Verfasser besonders charakteristisch dünkende Eigenschaften angeführt. Aus dem alkoholischen Extrakt der Oosporenkultur auf sterilisiertem Mais erhielt er eine grofse Menge eines rubinroten Öles, von welchem das Pigment leicht durch Ausschütteln mit Alkalien getrennt werden kann. In Essigester gelöst, besitzt das Pigment ein charakteristisches Absorptionsspektrum; demnach ist die Anwesenheit des Pigmentes im Maismehl durch spektroskopische Untersuchung sehr leicht zu entdecken. Somit könnte das Pigment gleichsam als Indikator der Anwesenheit von Oospora verticilloides dienen, genau so, wie bei der Nahrungsmittelanalyse die Anwesenheit von Mutterkorn im Mehl spektroskopisch festgestellt werden kann. Aus dem alkoholischen Evaporat können toxisch wirkende Substanzen gewonnen werden, die dem Pellagrozein Lombrosos und dem „oliv rosso-rubino del maiz guasto“ entsprechen. Die von v. Deckenbach künstlich erhaltenen Kulturen von Oospora verticolloides Sau. auf sterilisiertem Mais besitzen jene Eigenschaften, welche nach den Arbeiten Lombrosos für pellagrogenen Mais charakteristisch sind; eine solch vollkommene Übereinstimmung könne keineswegs eine zufällige sein. In einer ausführlicheren Arbeit will Verfasser seine Befunde, womit eine neue Auffassung der Ätiologie der Pellagra angestrebt wird, späterhin veröffentlichen. *Stern-München.*

Veronaldermatitis, von Paul G. Woolley-Bangkok. (*Americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 26.) Der Verfasser beobachtete an sich selbst auf Einnahme von 0,4—1,2 g Veronal jedesmal am ersten Metacarpophalangealgelenk eine juckende, erythematöse Papel, deren Oberfläche nach ein bis zwei Tagen sich mit Bläschen bedeckte.

Schourp-Danzig.

Veronaldermatitis. Bericht über einen Fall, von H. B. Ormsby. (*Cleveland med. Journ.* Jan. 1908.) Patientin, eine 54jährige Haushälterin, hatte drei Jahre lang an ausgedehnter Venenentzündung gelitten und wegen der damit verbundenen Schmerzen Veronal in zweimal täglicher Dosis von je 0,3 verschrieben bekommen.

Fünf Tage nach der Veronaleinnahme, welche die gewünschte Schmerzstillung übrigens brachte, bekam sie hohes Fieber, Kopfschmerzen, allgemeines Unbehagen, Hautjucken, speziell zwischen Fingern und Zehen und an den Dorsalflächen von Händen und Füßen; im Verlaufe der nächsten drei Tage wurde der Zustand immer schlechter, Hände, Vorderarme, Beine und Gesicht rot und geschwollen, von Jucken begleitet, und trotz aller Behandlung verbreitete sich die Dermatitis über den ganzen Körper, das Gesicht war kollossal geschwollen, die Extremitäten ödematös, steif, schmerzhaft, das ganze Bild erysipelähnlich. Das Fieber, welches sich im Höhestadium der Eruption zwischen 40—41,5° C hielt, fiel dann zur normalen Temperatur, Schwellung und Jucken nahmen allmählich ab, bis sie nach sechs Tagen völlig verschwunden waren, gefolgt von Desquamation des ganzen Körpers, ähnlich wie bei Scharlach. Auf eine andere Ursache wie das eingenommene Veronal kann O. diese schwere Hauterkrankung nicht zurückführen, wovon er übrigens in der Literatur noch einige ähnliche Fälle, sicher auf Idiosynkrasie beruhend, sammeln konnte. *Stern-München.*

Elephantiasis non parasitica im Gefolge von chronischem Herzleiden und wiederholtem Schwangerschaftsödem, von F. W. Hastings-New York. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Sept. 1906.) Außer einer ziemlich ausführlichen Berücksichtigung der einschlägigen Literatur bringt Verfasser folgende Krankengeschichte: Eine 28jährige Witwe, Arbeiterin in einer Seidenfabrik, hat in fünf Jahren vier Kinder geboren, war niemals außerhalb der Staaten Illinois, Pennsylvanien und New York, niemals früher erheblich krank gewesen; während der Schwangerschaften zeigten beide Beine einen gewissen Grad von Ödem, das aber wieder verging. Bei der Arbeit muß sie fortwährend hin und her gehen. Seit vier Jahren entwickelte sich die jetzt enorme Schwellung des rechten Unterschenkels. Derselbe hat an der dicksten, an seinem mittleren Drittel gelegenen Stelle einen Umfang von 58 cm, am Knie und am Sprunggelenk etwas weniger. Der linke Unterschenkel zeigt ein mäßiges Ödem. Patientin kommt wegen Schmerzen in der Brust in Behandlung. Das Herz zeigt Verbreiterung und verschiedentliche pathologische Geräusche. Auf Behandlung trat Besserung der Herzbeschwerden ein. Fast zwei Jahre später kam Patientin wieder wegen Herzbeschwerden in Beobachtung. Sie hatte inzwischen eine Verletzung am rechten Unterschenkel erlitten, und ein damals entstandener und inzidierter Absceß hatte zu einer Fistelbildung geführt, aus der stetig seröse Flüssigkeit ausgeschieden wurde. Der Umfang des Unterschenkels hatte sich um 14 cm vermindert. Die Haut zeigte an sich außer der Verdickung und gelegentlichen Purpuraflecken nichts ungewöhnliches.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Akrodynie, von Unna. (*Realencyclop. d. ges. Heilk.* 4. Aufl.) Die ersten Krankheitserscheinungen sind gastrische Beschwerden, Conjunctivitis, Pharyngitis, Nasenkatarrh und eine rasch vorübergehende Schwellung des Gesichts. Hieran schließen sich eigentümliche Affektionen der Haut und des Nervensystems, die sehr ähnlich sind wie bei dem Erythema nodosum. Das Exanthem (Quaddeln oder Blasen, mitunter dunkele oder bräunliche Verfärbung der Haut) verbreitet sich über die ganzen Extremitäten und den Rumpf. Es wird auf die Verwandtschaft der Erscheinungen der Akrodynie und des Denguefiebers hingewiesen. Offenbar spielt in beiden Affektionen eine Erkrankung der Gefäßnerven die wichtigste Rolle; die Unterschiede sind vielleicht nur graduelle, abgesehen davon, daß die Symptome des Dengue in mehr typischen Perioden auftreten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über den diagnostischen Wert des Dermographismus, von Heinrich Städtler. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1907.) Verfasser stellt in Anlehnung an Lewin drei Grade von Dermographismus auf:

1. Es tritt am Ort der Reizung ein mehr oder weniger intensives Erblassen der Haut ein, das nach 1/4 Minute auftretend, bis zu fünf Minuten dauern kann, im wesentlichen nicht über die Breite des Reizstriches hinauswächst und zu dem manchmal beiderseits neben der anämischen eine etwas breitere, verschwimmende, hyperämische Zone kommt.

2. Nach einem flüchtigen, etwa zehn Sekunden dauernden Erblassen direkt hinter dem Reizstrich her folgt eine starke Rötung der Haut, die im Durchschnitt acht Minuten, manchmal bis zu einer halben Stunde dauernd, bald auf die Breite, des Reizstriches beschränkt bleibt, bald diesen um das Doppelte, Dreifache, ja Vierfache übertrifft, manchmal ganz diffus zerfliefst und häufig von einem kollateralen, anämischen Hof begleitet ist, der meist rascher als die Rötung verschwindet.

3. Die typische Urticaria factitia mit mehr oder weniger deutlicher Quaddelbildung, die sich gewöhnlich nach fünf bis zehn Minuten auf dem Untergrund des zweiten Grades abhebt.

Der zweite Grad, die rote Mittelzone mit weifsen Randzonen bildet die Regel, während der stark ausgeprägte erste und dritte Grad ungefähr gleich selten vorkommen.

Für die Diagnose der Nervenkrankheiten überhaupt, besonders aber für die funktionellen Neurosen ist der mehr oder weniger stark ausgesprochene Dermographismus völlig wertlos.

Die gehaltvolle Arbeit berichtet auch in übersichtlicher Weise über die historische Entwicklung des Dermographismus, über die Lokalisationen, über genauere quantitative Bestimmungen, Literatur usw. und verdient ein Studium im Original.

Fritz Loeb-München.

Über Urticaria symptomatica infantilis und ihre Behandlung mit Ichthyol, von P. Scharff-Stettin. (*Ther. Monatsh.* 1907. Nr. 10.) Das Auftreten der Urticaria symptomatica, erfolgt bei den dazu disponierten Säuglingen reflektorisch gewöhnlich zurzeit der Dentition oder nach einer Störung der Verdauungsorgane. Oft ist der Durchbruch jedes neuen Zahns auch von einem neuen Auftreten der Nesselknötchen begleitet. Die Disposition wird in fast allen Fällen durch Blutarmut und Erethismus gegeben, Kinder, welche einmal die Neigung zu Nesselausschlägen haben, reagieren mit solchen auf die geringfügigsten Reize. Therapeutisch empfiehlt Verfasser das Ichthyol Ammonium, es beseitigt stets das Jucken, und zwar am einfachsten in wässeriger Lösung 5—10 % mit Zusatz von 5 % Glycerin. Mit dieser Lösung läfst man den Körper des Kindes zweimal täglich abreiben und mit Kartoffelmehl darüber pudern. Intensiver noch wirkt Ichthyolkühlsalbe (Ichthyol ammon. 10, Adip. lan. 20, Vaselin. flav. 40,0, Aq. dest. ad 100). Die innere Anwendung des Ichthyols ist in gleicher Weise gerechtfertigt für die rein reflektorischen Formen, für welche die Dentitionseruptionen das Hauptbeispiel bilden, wie für die durch Autointoxikation hervorgerufenen. Man darf dem Säugling dreimal täglich zehn Tropfen einer 10%igen wässerigen Lösung geben, dem gröfseren Kinde konzentriertere Lösung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über das harte traumatische Ödem, von Louis Latil. (*Thèse de Montpellier.* 1906. Nr. 20.) Die Arbeit verdient wegen der Schilderung von 18 Fällen Erwähnung. Neue Tatsachen bringt sie nicht. *Fritz Loeb-München.*

Über subcutanes Ödem bei Lungentuberkulose, von Adolfe Henrion. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 148.) *Fritz Loeb-München.*

Kurzdauerndes Ödem der Sehnervenpapille eines Auges, eine Lokalisation des akuten umschriebenen Ödems (Quincke), von C. Handwerck-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 47.) Bei einer 73jährigen, an Arteriosklerose leidenden,

sehr nervösen Frau, die im Laufe des letzten halben Jahres mehrfach Anfälle von akutem umschriebenen Ödem, lokalisiert im Gesicht und am Hals, wahrscheinlich auch an der Magenschleimhaut und zuletzt an der Schleimhaut der linken Zungenhälfte, durchgemacht hatte, traten am rechten Auge helle Lichterscheinungen — Herumfliegen eines weifsen Schmetterlings, fallende weifse Blätter — und am folgenden Tage Verdunkelungen — herumfliegende dunkle keulenförmige Gebilde — auf; dabei bestand Flimmern, das Gesichtsfeld war verschleiert und die rechte Schläfengegend leicht schmerzempfindlich. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab eine Schwellung der Papillen, ihre Grenzen waren verschwommen, die Venen erweitert und stellenweise geschlängelt; irgendwelche stürmischere Erscheinungen fehlten. Die Sehstörungen verloren sich sehr rasch, nach acht Tagen war auch die Papille wieder normal. Zweifellos stellte die Schwellung der Papille einen Anfall von akutem umschriebenen Ödem dar. Die Beobachtung beweist, dafs auch die bei Quinckeschem Ödem zuweilen vorkommenden cerebralen Symptome sehr wohl auf Lokalisierung des Odems im oder am Gehirn zurückgeführt werden können. *Götz-München.*

Über einen letalen Fall von angioneurotischem Ödem, von H. Bazett-Hendon. (*Lancet.* 12. Okt. 1907.) Verfasser konnte nur den Tod des Patienten konstatieren. Patient, ein 33jähriger Gärtner, hatte seit seinem sechsten Lebensjahr an fast regelmäfsig zweimal im Monat wiederkehrenden Attacken von Kolik gelitten. Gewöhnlich gingen denselben Anschwellungen der Beine, der Hände, des Scrotums vorauf. Am Tage vor dem Tode war eine ödematöse Schwellung des Gesichts bei subjektivem Wohlbefinden bemerkt worden. Am frühen Morgen wachte er in einem Erstickungsanfall auf und rief nach Hilfe, starb aber nach wenigen Minuten. Die Obduktion (42 Stunden später) zeigte noch ein ausgesprochenes Glottisödem.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über akutes circumskriptes Ödem (Quincke), von Eugen Bircher. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 39.) Nach Erörterung der Geschichte, Verlaufs und Ätiologie des Quinckeschen Ödems beschreibt Verfasser den eigenen Fall, der einen 25jährigen Kaufmann betrifft, welcher bereits im zweiten Lebensjahre den ersten Anfall hatte, und zwar in Form von Gesichtsschwellungen bei Magenbeschwerden. Die Anfälle wiederholten sich dann in nicht kontrollierten Intervallen. Seit dem vierten Lebensjahre traten Anfälle von Schwellungen alle 8—14 Tagen regelmäfsig auf. Sie beginnen mit unbehaglichem Allgemeingefühl am Tage vorher; drei bis vier Stunden vor dem Anfall wird Patient äufserst lustig; darauf bedeckt sich sein Körper mit einem urtikariellen Exanthem, und auf den von der Urticaria verschonten Stellen entstehen Hautschwellungen. Als letztes Symptom tritt ein heftiges Erbrechen von schleimigen Massen auf, das ein leichtes Herzklopfen verursacht und nach welchem sich ein aufserordentlicher Durst einstellt. Die Schwellungen lokalisieren sich mit Vorliebe an den Extremitäten und am Kopfe. Zwischen den Anfällen leidet Patient an Obstipation, gegen die er mit vielen Methoden vergeblich angekämpft hat. — Im Sommer und Winter sind die Anfälle seltener und auch an Intensität geringer. — Vor zwei Jahren trat während eines Anfalls eine bedenkliche Komplikation in Form einer heftigen Dyspnoe und Cyanose auf, so dafs vom Hausarzte sofort eine Tracheotomie (mit einem Taschenmesser) gemacht werden mufste. Dieselbe Komplikation wiederholte sich nach ungefähr einem Jahre, und abermals mufste man zur Tracheotomie schreiten.

Was die Grundursache der Affektion anbelangt, scheinen dem Verfasser die gastrointestinalen Intoxikationen als solche nicht bewiesen zu sein. Er möchte eher daran glauben, dafs diese Erscheinungen auch nur Symptome desselben Krankheitsbildes sind. Am plausibelsten erscheint dem Verfasser die Annahme, dafs es sich hier

um eine erworbene oder hauptsächlich angeborene Abnormität in der Gefäßsinnervation durch die Dilatatoren handelt und daſs diese Abnormität in den peripheren Nervenbahnen steckt. Die Reizung der Dilatatoren kann nach Verfasser durch Erkältung, Überarbeitung, Anstrengung, heftige körperliche und psychische Erregung ausgelöst werden. Dieser Anschauung gemäſs bleibt jede Therapie erfolglos. Günstig beeinfluſst — aber nicht geheilt — wurde das Leiden im Falle Verfassers durch das Hochgebirgsklima. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Histologie des Erythema multiforme als Symptom einer septischen Allgemeinerkrankung, von Ledermann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 48.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 13. November 1907 führt L. im Lichtbilde einige mikroskopische Präparate vor, die von einem Falle eines wahrscheinlich auf septischer Basis entstandenen Erythema multiforme exsudativum stammen. Die Präparate sind dadurch interessant, daſs sie das, was man beim Erythema multiforme sonst zu sehen gewohnt ist, in hochgradiger Weise gesteigert darstellen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Werlhofsche Krankheit mit Otitis haemorrhagica, von H. Bazalgette. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 33.) Beschreibung eines Falles von Purpura haemorrhagica mit Blutung aus der linksseitigen Paukenhöhle. Es handelte sich um einen 45jährigen Mann, bei dem im Verlaufe einer typischen Purpura haemorrhagica die Erscheinungen einer akuten eitrigen Mittelohrentzündung auftraten. Das Trommelfell perforierte spontan, aus der Öffnung entleerte sich aber kein Eiter, sondern reines Blut; es handelte sich also um eine Otitis haemorrhagica. Erst nach einigen Tagen wurde der Ausfluſs eitrig und blieb es vier Wochen hindurch. *Götz-München.*

Über hämorrhagische Hauterscheinungen bei Typhus abdominalis, von Werner Neumann. (Inaug.-Dissert. Berlin 1906.) Verfasser teilt 24 Fälle von hämorrhagischen Typhus mit und bespricht im Anschluſs daran: Ätiologie, Diagnose und Differentialdiagnose, Häufigkeit, Auftreten, Verlauf, Prognose und Therapie.

Fritz Loeb-München.

Orthostatische Symptome bei Purpura mit Tuberkulose hereditär belasteter Kinder, von Max Wolf. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 47, Nr. 4—5.) An dem beobachteten Krankenmateriale ist als besonderes Merkmal der hämorrhagischen Diathese bei Tuberkulose bezw. tuberkulöser Belastung das orthostatische Auftreten erwähnenswert. Ob das orthostatische Auftreten auch bei Purpura aus anderer Ätiologie auftritt, wäre weiterhin zu prüfen. Der Verfasser kommt zu folgenden Thesen:

1. Die Purpura ist keine ätiologische Einheit und kein selbständiges Krankheitsbild. Sie entsteht durch ein Miſsverhältnis zwischen Blutdruck und Gefäſsfestigkeit.

2. Die bei tuberkulös Belasteten auftretende Purpura ist exquisit orthostatisch. Möglicherweise kommt ihr eine prämonitorische Bedeutung zu.

3. Streng zu trennen ist von den anderen Purpuraerscheinungen die in der agonalen Kachexie auftretende Purpura der Tuberkulösen.

4. Die medikamentöse Therapie der Purpura ist zwecklos.

Die symptomatische Hintanhaltung der Ecchymosen durch die Bindenkompression ist dagegen eine groſse Erleichterung in der Behandlung der Erkrankten.

Schourp-Danzig.

Alternierendes Auftreten von Purpura rheumatica und Erythema exsudativum multiforme Hebrae, von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 53.) Bei einem zehnjährigen Knaben traten während eines Vierteljahres wiederholt Hauthämorrhagien auf, aus denen sich nach wenigen Tagen regelmäſsig typische Erythemknoten entwickelten; nach der Umwandlung kamen meist noch Nachschübe und Verbreiterung der knötchenförmigen Efflorescenzen zur Beobachtung. Die

Ausbrüche von Erythemknoten und Hämorrhagien wechselten durchschnittlich in einem Zeitraum von 14 Tagen; nach drei Monaten hörte die Affektion vollständig auf. — Es scheint, dafs in diesem Falle die Ursache des Erythema multiforme auch die Purpura veranlafst hat. *Götz-München.*

Über Blutbefunde bei Purpura nach Beobachtungen der Züricher Klinik, von Alois Tuor. (Inaug - Dissert. Zürich 1907.) Die Untersuchung des Blutes bei Purpura hat bisher sowohl in bezug auf das numerische Verhältnis, auf die Form, Gröfse und Färbung der roten Blutkörperchen auf das Verhältnis der Blutplättchen, als auch in bezug auf das Auftreten pathologischer Leukocytenarten und deren prozentische Verhältnisse wenig oder nichts Konstantes und Charakteristisches für diese Erkrankung ergeben. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von Skorbut, der am Lande akquiriert wurde, von J. B. Dawson-London. (*Lancet.* 21. Sept. 1907.) Es handelte sich um eine schwächliche, blutarme Frau, welche seit 2½ Jahren an Analfistel gelitten hatte. Sie befand sich seit einem Monat im Krankenhaus bei anscheinend genügender Ernährung und war zweimal ihres Leidens wegen operiert worden. Unter leichten Fiebererscheinungen und bei ungünstigem Verhalten der Operationswunde entwickelten sich ausgesprochene skorbutische Symptome, Zahnfleischblutungen und ausgebreiteter Purpuraausschlag an fast dem ganzen Körper. Heilung erfolgte unter Verabreichung von Calciumchlorid (viermal 2,0 in 48 Stunden) und subcutaner Injektion von Ergotinin. Verfasser glaubt, dafs der Ausbruch des Skorbuts bedingt sein dürfte einerseits durch den kachektischen Zustand der Patientin und andererseits durch Resorption toxischen Materials von der Analfistel aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Säuglingsskorbut bei Ernährung mit homogenisierter Berner Alpenmilch, von Bernheim-Karrer-Zürich. (*Correspond.-Bl. f. Schweizer Ärzte.* 1907. Nr. 19.) Der Verfasser bekam in der Zeit von September 1906 bis Januar 1907 neun Fälle von Säuglingsskorbut in Behandlung, welche alle mit Berner Alpenmilch ernährt waren. Unter Appetitlosigkeit entwickelten sich bei den Kindern Schmerzen in den Beinen, Ecchymosen und Petechien an den Füfsen und Unterschenkeln und Schwellungen des Zahnfleisches; im Urin fanden sich Eiweifs, hyaline Cylinder und rote Blutkörperchen. Es ergab sich, dafs diese Erscheinungen von der Darreichung homogenisierter Milch stammten. Durch das Homogenisieren kommt es zu einer innigen Verbindung des Butterfettes mit der Magermilch; und wahrscheinlich wird bei den hierzu erforderlichen Manipulationen die Milch Infektionen ausgesetzt und mit toxischen, skorbutigenen Substanzen beladen. Über die Art dieser toxischen Substanzen ist nichts bekannt. *Schourp-Danzig.*

Ein seltener Fall von Skorbut, von J. Chambers. (*Brit. med. Journ.* 25. Jan. 1908.) Ein 23jähriger Marinesoldat, der aus Abneigung gegen andere Nahrung fast nur von Butterbrot und Kakao lebte, erkrankte mit Zahnfleischblutungen, Rückenschmerzen, zahlreichen Petechien an beiden Beiden usw. Bei passender Ernährung und Behandlung erfolgte Genesung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Traumatische Entzündungen.

Zur Behandlung granulierender Wunden, von Carl Haeberlin - Nauheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 42.) Die Heilung von Wunden, die bis zum Niveau der umgebenden Haut granulieren, wird nach den Erfahrungen Hs. durch ordentlichen Luftzutritt wesentlich beschleunigt; daher empfiehlt es sich, solche granulierende Wundflächen, sofern sie keine Neigung zu hypertrophischer Granulationsbildung haben, nur mit wenig lockerer reiner Krüllgaze zu bedecken, die mit zwei

oberhalb und unterhalb der Wunde geführten Gazestreifen befestigt wird. Unter diesem Schutzverband epithelisieren sich die Wunden viel schneller als unter einem Salbenverband; wenn aber schon ein solcher angelegt werden soll, dann darf die Salbe nur in ganz dünner Schicht auf die Verbandgaze aufgetragen werden, damit der Luftzutritt nicht ganz unmöglich gemacht wird. Am mächtigsten wird die Heilung granulierender Wunden durch das Sonnenlicht gefördert, das nur leider nicht immer zur Verfügung steht; unter seinem Einfluſs verwandeln sich die Granulationen auſserordentlich rasch in Bindegewebe, während der Epithelsaum sich sehr schnell vorschiebt. Die Wirkung des Sonnenlichtes läſst sich charakterisieren als eine wesentliche Beschleunigung aller normalen Wundheilungsvorgänge. Manchmal spielt dabei auch die bakterizide Kraft des Sonnenlichtes eine bedeutsame Rolle; so beobachtete H. in einem Falle, daſs die sekundäre Pyocyaneusinfektion einer halbhandtellergroſsen, trichterförmigen Granulationsfläche nach zweimaliger Besonnung von je zwei Stunden Dauer spurlos verschwaud, während sie vorher Ausreibungen mit Jodoform und Berieselungen mit Wasserstoffsuperoxyd widerstanden hatte. — Die Technik der Sonnenbestrahlungen ist sehr einfach: die Wunde wird für zwei bis drei Stunden so in das direkte, nicht durch Glasscheiben filtrierte Sonnenlicht gebracht, daſs die Strahlen senkrecht auffallen, dann wird sie mit Krüllgaze locker bedeckt. *Götz-München.*

Über die durch den faradischen Pinsel hervorgerufene Entzündung der normalen Haut, von C. Kreibich - Prag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. 17. Nov.) Um die Frage, ob eine Nervenerregung allein exsudative und proliferative Entzündung verursachen könne, zur Entscheidung zu bringen, hat K. an sich selbst und bei zwei anderen gesunden Personen Reizungen der Haut mittels des faradischen Pinsels vorgenommen. Es wurde ein aus wenigen Metalldrähten bestehender Pinsel teils direkt auf die Haut, teils in einen auf der Haut befindlichen Tropfen physiologischer Kochsalzlösung aufgesetzt. Statt des Metallpinsels wurden bei zwei Versuchen ein Haarpinsel resp. unpolarisierbare Pinselelektroden verwendet. Nach mehrmaliger Applikation des faradischen Stroms wurde das betreffende Hautstück (am Vorderarm) exzidiert und histologisch untersucht. Die eingehend geschilderten anatomischen Veränderungen ergaben das Bild einer angioneurotischen Entzündung, eventuell nur einer urtikariellen Papelbildung. Verfasser äuſsert zum Schluſs die Vermutung, daſs die von Unna bei der Urticaria factitia beschriebenen zahlreichen Mitosen im Epithel als eine normale Teilung der überernährten gesunden Basalzelle anzusehen sei, das physiologische Gegenstück zur Epithelriesenzelle, welche eine pathologische Teilung der überernährten kranken Basalzelle repräsentiert. *Philipi-Bad Salzschlirf.*

Über einige Veränderungen der Haare nach Röntgenisation, von S. L. Bogrow-Moskau: (*Festschr. f. Röntgen.* XI. Heft 5.) Die Untersuchungen wurden an Favuskranken gemacht und hatten zum Ziele, den Charakter der nach X-Strahlen entstandenen Veränderungen der Papillenfunktion und Einfluſs der Röntgenstrahlen auf Achorion Schoenleinii in der Haarsubstanz aufzuklären. Der Haarausfall nach X-Strahlen steht in enger Verbindung mit quantitativer und qualitativer Abnahme der Papillarfunktion, die Röntgenalopecie kann mit Grund der Alopecia areata genähert werden, welcher sie auch dem klinischen Aussehen der befallenen Bezirke nach ähnlich ist. Wesentlichen Unterschied aber zwischen diesen beiden Vorgängen ersieht man in der Abwesenheit der Trichorrhexiserscheinungen bei röntgenisierten Haaren. Daſs die X-Strahlen imstande sind, Achorion Schoenleinii zu töten, ist nicht bewiesen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Todesursachen bei schweren und ausgedehnten Brandwunden. Reichliche Einspritzungen von Kochsalzlösung als therapeutisches Hilfsmittel, von Paul J. M. Le Jariel. (*Thèse de Lille.* 1906. Nr. 12.) *Fritz Loeb München.*

Die Anwendung der Stauung bei Verbrennungen, von Ritter-Greifswald. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 6.) Verfasser hat, wie Stein (*Dtsch. med. Wochenschrift* 1907. Nr. 49) schon vor fünf Jahren über die schmerzstillende Wirkung der Bierschen Stauung bei Verbrennungen Versuche angestellt und veröffentlicht. Der Erfolg war ein sehr befriedigender; doch muſs man sich hüten, eine allzulang dauernde Hyperämisierung herbeizuführen, da dies zu übermäſsig mit Blut angefüllten Narben Anlaſs gibt. Bei Erfrierungen, wo es sich ja um eine lokale und auch allgemeine Anämie handelt, kann dagegen die Stauung längere Zeit fortgesetzt werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Der dermatologische Unterricht in medizinischen Schulen, von Charles A. Kinch-New York. (*New York med. Journ.* 15. Febr. 1908.) In Amerika umfaſst der medizinische Unterricht vier Jahre; K. plädiert dafür, daſs im dritten Jahre der dermatologische Unterricht beginne, und zwar mit Beobachtung von Fällen. Erst im folgenden Semester, wenn der Student eine Anzahl Fälle gesehen hat, sollte er in die Theorie eingeführt werden. Den Hauptnachdruck legt aber K. auch weiterhin darauf, daſs der Studierende genau beobachten lernt, besonders auch den Zustand der Schleimhäute berücksichtigt, daſs er aber nicht zuviel Aufmerksamkeit der „Geschichte" der Patienten schenke. An den Kursen sollten nicht mehr als 25—30 Studierende teilnehmen (welch idealer Zustand bei uns in Deutschland allerdings selten vorhanden ist. Ref.); der dermatologische Unterricht erfordert 48—54 Stunden von des Studierenden Zeit (wohl im Jahre? Ref.), wovon zwei Drittel den klinischen Unterricht treffen sollen. Zur Anschaulichkeit des Unterrichts empfiehlt K. photographische, stereoskopische und besonders auch photomikrographische Abbildungen.

Stern-München.

Die Einrichtung und Aufgaben des neuen Prostituiertenpavillons der Hautklinik des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M., von Hans Hübner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 8.) Im Frankfurter städtischen Krankenhause ist vor kurzem ein neuer Pavillon eröffnet worden, bestimmt zur Aufnahme von Prostituierten, die von der Polizei als geschlechtskrank zur Zwangsheilung eingewiesen werden. Das Gefängnismäſsige, das bei solchen Abteilungen sonst in den Vordergrund tritt, ist in dem neuen Bau sorgfältig vermieden, die Räume sind mit einer gewissen wohnlichen Eleganz ausgestattet, alles ist darauf angelegt, daſs die Kranken den Aufenthalt nicht als Strafe, sondern als Wohltat empfinden. H. hofft, daſs auf dem Gebiete der Syphilistherapie und der Diagnostik und Behandlung der Blennorrhoe der Weiber in dem neuen Hause viel Ersprieſsliches geleistet wird, daſs aber auch die Prostituierten als Menschen dort Verständnis und vielleicht Hilfe finden.

Götz-München.

Ulcera chronica auf den Philippinen, von George Cheyne Chattuck-Manila. (*The Philippine Journ. of Science.* 1907. Nr. 6.) Bericht über 35 Fälle. Darunter war kein Fall von Orientbeule, Madurafuſs oder von typischem, phagedänischem Ulcus. Die meisten chronischen Ulcera waren syphilitischer Natur. In zwei Fällen lag vermutlich Blastomykose vor. *Schourp-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. | №. 11. | 1. Juni 1908.

Histologische Untersuchung zweier Fälle von Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE.

Von

Dr. MENAHEM HODARA,
Oberarzt der dermatologischen Abteilung des kaiserlichen Marinehospitals in Konstantinopel.

Mit einer Farbentafel und zwei Abbildungen im Text.

Alle die bekannten Forscher, die die Pityriasis rubra pilaris von DEVERGIE oder den Lichen ruber acuminatus histologisch untersucht haben, fanden[1] übereinstimmend eine Hyperkeratose bis zu einer Verdickung, die das zwei- bis dreifache (LEWIN, v. DÜRING) bis zehnfache (BESNIER, DARIER und JACQUET) des Normalen betrug. Diese Hyperkeratose ist besonders an den Follikelöffnungen ausgesprochen, denn hier bilden sich konische, zylindrische, abgerundete usw. Hornzapfen von wechselnder Gröfse. Sie sind zuweilen gleich von Anfang an sehr umfangreich (GALEWSKY), zuweilen bilden sie sich zu zweit an den Follikelöffnungen (LUKASIEWICZ, GALEWSKY), und manchmal wachsen dann diese beiden Hornzapfen in einen zusammen (TÖRÖK). Jene follikuläre Hyperkeratose erstreckt sich oft ganz tief, bis auf den Grund des Follikeltrichters (UNNA) und ist, wie BESNIER, DARIER und JACQUET, TÖRÖK, TAYLOR, GALEWSKY, HAVAS, MOUREK, v. DÜRING annehmen, Folge einer übermäfsigen Keratinisation. Auch an den Ausführungsgängen der Schweifsdrüsen finden sich gröfsere und kleinere Hornzapfen, wie es zuerst NAUMANN nachgewiesen hat. Später fanden dann LUKASIEWICZ, v. DÜRING, UNNA, JARISCH, ROBINSON, DARIER und JACQUET an Schweifsdrüsenöffnungen einen konischen Hornhügel (Monticule corné), der Kerne enthielt. Von UNNA und JOSEPH wurden zuweilen zystische Erweiterungen in den Aus-

[1] Die Übersicht über die Angaben der namhaftesten Forscher, die sich mit der Histologie des Lichen ruber acuminatus oder der Pityriasis rubra pilaris beschäftigt haben, sind der vortrefflichen Arbeit von RIECKE (*Handbuch der Hautkrankheiten*, von MRACEK, 1906, S. 531) entnommen.

führungsgängen der Schweifsdrüsen gefunden. Auch auf der Oberfläche der Epidermis fand man Hornzapfen, die wie Stacheln hervorragten. In den untern Teilen dieser Zapfen liefsen sich die von ihren Kernen verlassenen Hohlräume (Jarisch), Kerne und Kernreste (Joseph) nachweisen. Diese Hornzapfen der Epidermis wachsen auf Kosten der Stachelschicht, die an den betreffenden Stellen auf eine bis zwei Zellreihen zusammenschrumpft (Jarisch). Die Hornschicht ist im allgemeinen homogen, ohne Kerne, nur ab und zu stöfst man auf vereinzelte Kerne oder Kernreste (Galewsky, Assmann). Die Haare sind da, wo die Hornzapfen sitzen, ausgefallen oder abgebrochen, manche sitzen auch in den Follikeltrichtern fest, wobei sie sich wellen oder spiralig aufrollen. Die leeren Follikel klaffen weit. Das Stratum lucidum fehlt bald gänzlich (Neumann), bald ist es hyperkeratotisch (Joseph, Jacquet), bald endlich führt es viel Eleidin (Bender). Nach Lewin fehlt das Eleidin da, wo die basale Hornschicht Kerne enthält, während das Keratohyalin bleibt; sind aber die Kerne aus der basalen Hornschicht verschwunden, so trifft man immer auf Eleidin. Ganz launisch verhält sich die Körnerschicht; das eine Mal ist sie ganz normal (Robinson, Taylor, Jacquet, v. Düring), das andere Mal verdickt (Unna, Mourek, Siddel), dann wieder geschrumpft (v. Düring), atrophisch oder hypertrophisch (Galewsky), oder sie fehlt auch gänzlich (Neumann und v. Düring). Die Stachelschicht wird von allen Forschern, mit Ausnahme von Török, als hypertrophisch und hyperplastisch bezeichnet; die Epithelleisten proliferieren in die Cutis hinein. Nach Joseph erstreckt sich die Proliferation im Anfang in die Tiefe, später sei sie zur Oberfläche gerichtet. Die Stachelschicht ist unterhalb der Hornzapfen auf zwei bis drei Zellreihen zusammengeschmolzen (Obbulowicz, Jacquet, Lukasiewicz, Robinson, Jarisch, Riecke). Die Leisten (Bourgeons) sind bald hypertrophiert und breiter (Havas, Mourek, v. Düring), bald verlängert (Lewin); wenn aber die Krankheit sich zurückbildet, werden sie entweder stark gekürzt (Neumann, Riecke), oder verschwinden gänzlich (Neumann, Riecke, Lukasiewicz). Neumann und Riecke wissen nichts von einem Ödem der Stachelschicht, Unna, Joseph und v. Düring dagegen haben ein solches parenchymatöses und intercelluläres Ödem beobachtet; auch sero-fibrinöse Exsudation und Auswanderung von Leukocyten zwischen die Epithelzellen wird beschrieben; die Leukocyten sammeln sich dann an der Oberfläche als kleine, Kernreste enthaltende Krusten an (Unna). Aufserdem kommt es nach Neumann, Joseph und Riecke noch stellenweise zu einem stärkern (accumulé) Ödem, das sich durch Hohlräume (vides) verrät; sie sitzen zwischen Epidermis und Papillarkörper; sero-fibrinöse Exsudation und Leukocyten-Auswanderung fehlen an diesen Stellen auch nicht. Alle diese pathologischen Vorgänge, Ödem, sero-fibrinöse Ausschwitzung und Diapedese, finden auch in den Zellscheiden

der Follikel statt und bewirken hier Schwellung und Verzerrung der Scheiden (Unna).

Neumann sah auf dem Grund der Follikelzellscheiden Auswüchse, deren Form an den Lappen einer acinösen Drüse erinnert. Jarisch erklärt diese Auswüchse für Zellproliferationen der Zellscheiden, Unna dagegen für eine Folge des Ödems, der sero-fibrinösen Exsudation und der Leukocyten-Auswanderung, wodurch stellenweise Schwellung und Verzerrung der Zellscheiden bewirkt werden. Bisiadecki hat solche follikuläre Auswüchse auch bei andern Dermatosen beobachtet. Joseph fand zwischen der äufsern und innern Zellscheide kleinzellige Infiltrate, durch die die beiden follikulären Zellscheiden von einander getrennt wurden; an ihre Stelle trat dann später ein Exsudat, das aus Granulationszellen und neugebildeten Gefäfsen nebst einigen Riesenzellen bestand. Die Haare in diesen Follikeln haben den Charakter von Lanugohaaren. Die basale Stachelschicht oder Zylinderschicht ist stellenweise verdickt (Mourek) und enthält viel Pigment (v. Düring, Joseph). Von Joseph wurde die Zylinderschicht des öftern vermifst; an ihrer Stelle bestand dann Ödem mit Leukocyten und fibrinöser Ausschwitzung. Havas beobachtete auch eine stärkere Färbung der basalen Zylinderschicht, wobei die Epithelfibern aus dem mittlern Teil der Stachelschicht verschwunden, das Protoplasma und die Kerne gleichmäfsiger gefärbt waren.

Die wichtigsten Veränderungen in der Cutis werden von allen Forschern übereinstimmend als entzündliche beschrieben: Verschiedengradige Erweiterung sämtlicher Gefäfse und Kapillaren, von einer leichten Hyperämie (Neumann) bis zu einer ganz bedeutenden Ausdehnung, Klaffen der Lumina (Török). Aufserdem sind alle Gefäfse und Kapillaren bis in die Subcutis hinab von einem Zellinfiltrat umgeben. Dieses Infiltrat bleibt nicht immer rein perivaskulär, sondern wird auch diffus, durchsetzt den Papillarkörper und verdickt die Papillen. Bisweilen ist das Infiltrat besonders mächtig, es überflutet alsdann die Papillen und reicht bis an die basale Stachelschicht; alsdann kommt es auch zur Auswanderung von weifsen Blutkörperchen zwischen die Stachelzellen (Siddel, Obtulowicz). Oder das Infiltrat durchdringt auch die eigentliche Cutis (Palm). v. Düring unterscheidet ausdrücklich zwischen der richtigen Papel des Lichen ruber planus, die durch massige Infiltration der Cutis und dadurch bedingte Kompression und Emporhebung der Epidermis zustande kommt — und der Papel der Pityriasis pilaris, die nur aus hyperkeratotischen Epithelien besteht. Das Zellinfiltrat sitzt mit Vorliebe auch um die Follikel herum (Neumann, Wolff, Coats [Morton], Lewin, Unna, Joseph, Heidingsfeld usw.). Joseph fand sogar um die Follikel zwischen den Bindegewebsbündeln einen dicken Infiltratmantel von Zellen; innerhalb dieser Zellen liefs sich Kernteilung nachweisen. Die Lymphgefäfse sind sehr erweitert. Heidings-

FELD berichtet in seinen Fällen der Pityriasis rubra pilaris auch von einer Follikulitis mit ungeheurer Hyperplasie der glatten Hautmuskeln. Auch um die Schweifs- und Talgdrüsen herum findet sich Zellinfiltrat. Die Talgdrüsen fehlen bald gänzlich (VOGLER), bald sind sie verkümmert (NEUMANN), bald normal (VAN GIESON, NEUMANN, LEWIN, VON HAREN-NOMAN), bald endlich vier- bis fünfmal vergröfsert (KÖBNER). Die neugebildeten Erectores pilorum sind nach übereinstimmender Aussage aller Forscher stark hypertrophisch; das kollagene und das elastische Gewebe sind normal, ebenso die Nerven (LEWIN). LUKASIEWICZ fand, während die Pityriasis zurückging, die Hyperkeratose der Hornschicht bereits im Abnehmen, die Stachelschicht normal, die Epithelleisten verkürzt und sämtliche Gefäfse und Kapillaren der Cutis stark erweitert und an Zahl so vermehrt, dafs sie den Eindruck eines angiomatösen Zustandes hervorriefen. Aufserdem fand LUKASIEWICZ noch eine Hypertrophie der Talgdrüsen und eine perivaskuläre und perikapilläre Zellinfiltration, die sich bis an die Subcutis erstreckte. Bei den Infiltraten handelte es sich entweder um Bindegewebszellen untermischt mit Plasmazellen und vielen Mastzellen (UNNA), oder um Rund- und Bindegewebszellen (LEWIN), oder endlich um mononukleäre Leukocyten (JARISCH, PALM, JOSEPH). CASPARI fand in einem Infiltrat von Bindegewebszellen auch vielkernige Leukocyten und JOSEPH sogar einige Riesenzellen.

UNNA äufserst sich in seiner Histopathologie (S. 300) über die Pityriasis rubra pilaris folgendermafsen: „Die Vorgänge bei der Pityriasis rubra pilaris bewahren immer einen rein progressiv entzündlichen Charakter, die beim Lichen besitzen einen grofsenteils regressiv entzündlichen.“ Er unterscheidet nach der Untersuchung seiner Fälle: I. Einfache Elementarformen; 1. follikuläre Papel, 2. porale Papel, 3. sinuöse Papel. II. Synantheme; 4. Erythrodermie, 5. psoriatiforme Scheibe, 6. stalaktitenförmige Scheibe. Er fand, wie schon erwähnt, durchgehends beträchtliche Hyperkeratose besonders an den Ausführungsgängen der Follikel und Schweifsdrüsen, ausgesprochene Akanthose, Ödem des Epithels und der Follikelscheiden mit sero-fibrinösem Exsudat und Leukocyten-Auswanderung; in der Cutis Erweiterung aller Gefäfse und Kapillaren, perivaskuläre und perifollikuläre Zellinfiltrate, endlich Hypertrophie der Musculi erectores und der glatten Hautmuskeln.

UNNA ist der Meinung, dafs an den geröteten Hautstellen der Pityriasis rubra pilaris die Parakeratose stärker hervortreten müsse und dafs die Pityriasis demnach wie die Ichthyose „an der Grenze der Parakeratosen steht; die Hyperkeratose schlägt bei beiden nur unter stärkeren entzündlichen Wallungen in das gewöhnliche Bild der Parakeratose um.“ Histologisch unterscheidet UNNA scharf zwischen der Pityriasis rubra pilaris und dem Lichen verus; bei jener komme es nicht wie bei diesem

zum Schwund der intercellulären Stachel, zur Bildung von großen Ödemen zwischen Cutis und Epidermis, noch zur kolloiden Degeneration der Epidermis. Ferner sei bei Pityriasis rubra pilaris der Papillarkörper nur wenig infiltriert, die Papillen sind nur um ein Geringes geschwollen und nicht ödematös; die hyaline Umwandlung der Kapillaren bleibt aus, desgleichen kommt es nicht zur Sklerosierung des kollagenen Gewebes. Niemals findet man, wie beim Lichen, unter dem Epithel einen dicken Streifen von Zellinfiltraten; auch kommen, rings um die Follikel, keine stark geschwollenen Papillen vor, die zur Bildung von Papeln beitragen. Die Papeln der Pityriasis sind vielmehr Folge einer Hypertrophie der Stachelschicht und einer Ansammlung von Hornmassen. Die Lichen-Papel wird im wesentlichen von der Cutis gebildet, die Pityriasis-Papel ausschließlich von der Epidermis (v. Düring). Nach Unna ist die perifollikuläre Zellinfiltration bei der Pityriasis stärker als beim Lichen. Bei diesem sind die Zellen des Infiltrats klein und protoplasmaarm, bei jener dagegen spindelförmig und groß. Endlich behauptet Unna, daß beim Lichen die wesentlichste Veränderung des Epithels zuerst in einer Hyperkeratose besteht, der dann später Atrophie und kolloide Entartung der Stachelschicht folgen; dazu komme noch ein dichtes Zellinfiltrat des Papillarkörpers, das sich scharf gegen die gesunde Cutis absetzt.

Mikroskopische Untersuchung meiner zwei Fälle von Pityriasis rubra pilaris.

Fall 1. Hussein, 20 Jahr alt, sonst ganz gesund, leidet seit vier Jahren an Pityriasis rubra pilaris. Auf dem Rücken der Finger (Fig. 1) gewahrt man das charakteristische Granit in Form kleiner, konischer, verhornter Knötchen, die teils einzeln, teils in Haufen zusammenstehen. Fährt man mit dem Finger darüber hin, so meint man, eine Raspel zu berühren (wie bei der Keratopilosis). Jedes Hornknötchen ist von einer trocknen kleinen Schuppe bedeckt. Handrücken und Vorderarm bieten dasselbe Bild, das sich erst in der Ellbogenbeuge verändert. Hier erblickt man eine trockene rote Fläche, die mit gelben Schuppen bedeckt ist und ganz den Eindruck eines Herdes von Ekzema seborrhoicum macht. Ähnliche Veränderungen sitzen symmetrisch an beiden Oberarmen. An der vorderen, oberen Hälfte des Thorax findet sich ein trockener, roter, mit Schuppen bedeckter Herd, desgleichen an der hinteren, unteren Fläche des Halses; der obere Teil des Nackens ist dagegen von dem gleichen Granit bedeckt, wie die Hände. Ein weiterer roter, schuppender, ekzematiformer Herd befindet sich am Hinterkopf; auf der Kopfhaut besteht ein pityriasisartiger Zustand. Die Haut über den Augenbrauen ist gerötet, glänzend, trocken, gespannt, mit Schuppen bedeckt. Pityriasis auch auf der Haut der Oberlippe. Die Haut des Thorax und des Rückens ist verdünnt, auf der Bauchhaut vereinzelte rote, schuppende Herde. Die Unterextremitäten

und das Gesäfs weisen wieder den granitnen Zustand und die nämlichen verhornten Knötchen auf, wie die Arme. An den Handflächen und den Fufssohlen ist die Haut hart, trocken wie von Holz, sehr verdickt und hyperkeratotisch wie bei der Keratodermia palmaris; an den Fufssohlen sitzen sogar einige ganz verhornte Stellen.

Von diesem Fall wurden für die mikroskopische Untersuchung zwei Biopsien vorgenommen. Das eine Stück stammt aus dem Handgelenk, von dort, wo sich die charakteristischen konischen Hornknötchen befanden. Die Haut war aber an der Stelle der Entnahme nicht gerötet.

1. Unter dem Mikroskop gewahrt man auf der Oberfläche eine beträchtliche Hyperkeratose; die Hornschicht ist zwei- bis dreimal umfangreicher als im Normalen und besteht aus übereinander gelagerten, normal



Fig. 1.

keratinisierten Hornlamellen. An den eingesunkenen Stellen der Epidermisoberfläche finden sich geschichtete Hornlamellen, die eine Art konischer kleiner Komedonen bilden. Die Follikelöffnungen sind, teilweise sogar ganz aufserordentlich, erweitert und mit dicken, geschichteten Hornlamellen angefüllt. Diese Hornlamellen bilden an der Follikelöffnung stachelartig hervorragende Hornkegel von wechselndem Umfang; sie bewirken den charakteristischen Granitzustand der Haut und die Haarkegel auf den Fingerrücken, die man bei der Pityriasis rubra pilaris von Devergie beobachtet. Diese Hornkegel in den Follikelöffnungen haben die Form von Komedonen mit konischer, abgerundeter, ovalärer Gestalt, oder ragen auch nur als formlose Massen aus den Öffnungen der Follikel heraus. Dazwischen stöfst man ab und zu auf einzelne kleine Härchen, die jedes von konzentrisch geschichteten Hornlamellen umgeben sind. Die Körnerschicht

ist zwei- bis dreimal stärker als im Normalen und besteht aus drei bis fünf Reihen großer Körnerzellen, die sehr reich an großkernigem Keratohyalin sind. Auch die Stachelschicht ist stark hypertrophisch und hyperplastisch, das Protoplasma ihrer Zellen ist hypertrophiert, die Kerne sind groß und reich an Chromatin; es besteht Zellproliferation, die Zahl der Zellreihen ist um das zwei- bis dreifache des Normalen vergrößert, die

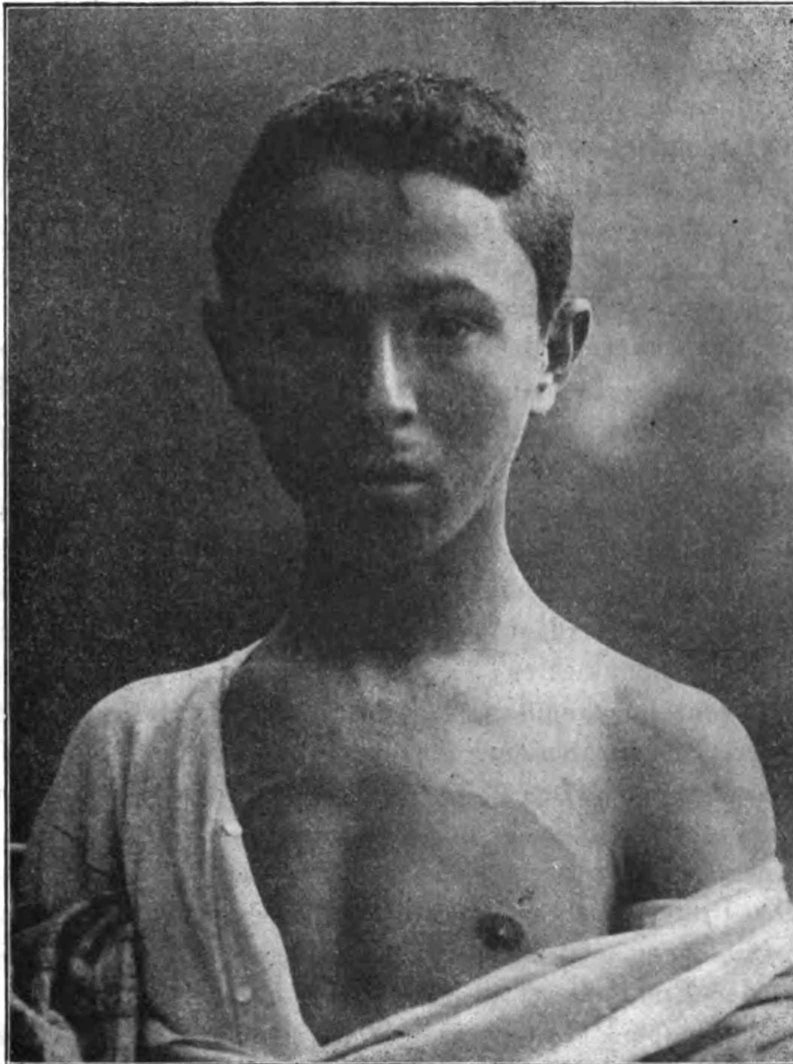


Fig. 2.

interpapillären Leisten sind proliferiert und gegen die Cutis hin verlängert, und in den Zellen der basalen Reihen besteht Mitosenbildung. Stellenweise besteht geringes parenchymatöses und interzelluläres Ödem, die Zellzwischenräume sind leicht erweitert, desgleichen die Kernhöhlen, und die Kerne selber sind von einem leeren Raum umgeben. Nur ganz vereinzelt ist das Ödem in den oberen und unteren Lagen der Stachelschicht etwas stärker; an diesen Stellen haben auch die Stachelzellen ein stärker ödema-

töses Protoplasma, sind blasser und schlechter färbbar, die Zellzwischenräume noch mehr erweitert; hier ist auch das Keratohyalin der Körnerschicht vermindert oder ganz geschwunden, die Hornschicht endlich parakeratotisch mit mehreren Reihen flacher oder mehr ovalärer Kerne. An andern Stellen kommt es unterhalb dieser parakeratotischen Hornschicht zur Bildung einer neuen starken Körnerschicht, auch wohl zur Bildung einer normalen Hornschicht, so daſs die darüberliegende parakeratotische Hornschicht emporgehoben und abgestoſsen wird. Daneben sieht man unterhalb der hyperkeratotischen Hornschicht, ja auch zwischen den einzelnen Hornlamellen bisweilen Kegel der Follikelöffnungen und parakeratotische Hornlamellen untermischt mit normal keratinisierten Lamellen. Die oberen Schichten der Hornschicht und die Hornlamellen der Follikularkegel sind zum gröſsten Teil normal keratinisiert und hyperkeratotisch; nur an ganz wenigen Stellen findet man parakeratotische Lamellen. Die Stachelschicht ist fast durchweg nur sehr wenig ödematös; nur an ganz vereinzelten Punkten wird das Ödem stärker, hier verschwindet auch das Keratohyalin und die Lamellen werden parakeratotisch; es entstehen dann aber rasch wieder eine neue Körner- und Hornschicht, die den parakeratotischen Teil emporheben und abstoſsen.

Unter der Haut besteht ein entzündlicher Prozeſs. Alle Gefäſs- und Kapillarwände sind verdickt und infiltriert, die Endothelzellen hypertrophiert, die Perithelzellen daneben auch noch proliferiert, zu mehreren parallelen Reihen angeordnet. Rings um die Gefäſswände finden sich Infiltrate von mononukleären Leukocyten und auch einigen Lymphkörperchen. Einzelne Gefäſsverzweigungen in der Cutis sind besonders stark infiltriert, andere weniger, aber Infiltration besteht überall, auch bei den perifollikulären Gefäſsen. Anhäufung von polynukleären Leukocyten gewahrt man nirgends. Auch die Bindegewebszellen der Cutis und des Papillarkörpers sind proliferiert und hypertrophiert, ihre Kerne sind vergröſsert, ihr Protoplasma spongiosum ist hypertrophiert, die Zahl ihrer Ausläufer (prolongements) vermehrt [Spinnenzellen]. Auch die glatte Muskulatur der Erektores ist nicht hypertrophisch.

2. Das zweite Präparat wurde der Haut dicht bei der Ellbogenbeuge entnommen. Die Haut war hier rot, erythematös, schuppend; die Schuppen bildeten zum Teil kleine Erhöhungen, wodurch ein ekzemähnliches Aussehen entstand, dagegen fehlte hier der granitartige Zustand, wie er am Handgelenk bestand.

Bei der mikroskopischen Untersuchung gewahrt man auf der Oberfläche parakeratotische, dünnere und dickere, zum Teil sogar recht dicke Schuppen. Sie sind teils flach, teils hervorragend und enthalten mehrere Reihen parakeratotischer abgeplatteter oder ovalärer Kerne. Diese, zum Teil, wie gesagt, recht dicken Schuppen ragen stellenweise in Form von

Kegeln, Stacheln usw. hervor. Unter ihnen ist die Körnerschicht zum Teil schon ganz geschwunden; in der Stachelschicht ist parenchymatöses und intercelluläres Ödem, die Kernhöhlen sind erweitert und die Kerne von einem Ödem umgeben. Die Intercellularräume sind gleichfalls erweitert, das Protoplasma ist ödematös und nur schwach färbbar; dort, wo die Körnerschicht bereits gänzlich geschwunden ist, besteht stärkeres Ödem. Die Stachelschicht ist unterhalb der erwähnten, besonders dicken Schuppen auf wenige Zellreihen zusammengeschrumpft, überall sonst dagegen ist sie stark proliferiert. Man stöfst hier schon auf die künftigen Schuppen der Oberfläche; ihre Vorstufe sind kleine, gelockerte Lamellen, die sich bald abstofsen und an die Oberfläche emporheben werden. Noch weiter in der Tiefe vollzieht sich auch schon die Bildung einer neuen Stachelschicht, die sich aus dem Vielfachen der im Normalen vorhandenen Zellreihen zusammensetzt; ihre interpapillären Leisten dringen ganz tief in die Cutis ein. Auch zahlreiche Mitosen sieht man in den mittleren und tieferen Zellreihen der neugebildeten Stachelschicht. Aber nicht nur diese, auch die Körnerschicht ist zum Teil schon unter den Schuppen in der Neubildung begriffen; sie ist ausnehmend dick und besteht aus fünf bis sechs Reihen ausnehmend grofser Körnerzellen mit vielen und grofsen Keratohyalinkörnern. Unter ihr hat sich stellenweise auch schon eine normal keratinisierte Hornschicht gebildet, die anfängt, die über ihr lagernden parakeratotischen Schuppen auszustofsen. Fast überall im Präparat finden sich an der Oberfläche Parakeratose und parakeratotische Schuppen; diese sind zum Teil sehr hoch, zum Teil ganz flach; die meisten ragen aber wie Kegel hervor. An den wenigen Stellen, wo die Parakeratose an der Oberfläche fehlt, ist die darunter liegende Hornschicht hyperkeratotisch. Währenddem also bei dem ersten Präparat, das aus einer nicht geröteten und nicht entzündlich gereizten Stelle desselben Patienten stammte, die Oberfläche fast durchweg sehr stark hyperkeratotisch war und, namentlich an den eingesunkenen Stellen, an den Follikelmündungen usw. hyperkeratotische Schuppen und Kegel aufwies, bemerkte man in dem zweiten Präparat, das aber von einer erythematösen, schuppenden, ekzematiformen Hautstelle des nämlichen Patienten stammte, fast gar keine Hyperkeratose, dafür aber sehr viele dicke, flache Lamellen, abgeflachte oder stark hervorragende parakeratotische Schuppen, die das ekzematiforme Aussehen veranlafsten, und daneben eine ungeheuer proliferierende Stachelschicht. Die Körnerschicht war im ersten Präparat nur an wenigen Punkten, im zweiten aber zum grofsen Teil verändert.

In der Cutis bestehen entzündliche Erscheinungen; das Lumen der Gefäfse und der Kapillaren ist erweitert, desgleichen die Lymphspalten. Die Papillen sind zum Teil geschwollen, vergröfsert und ödematös, einzelne von ihnen sind sehr verlängert. Die Cutisgefäfse und Kapillaren sind

vergrößert und infiltriert, außerdem ist eine Proliferation der peripheren Zellen zu verzeichnen; sie stehen in mehreren parallelen Reihen und enthalten Bilder von mitotischer und amitotischer Kernteilung. Außerdem befinden sich um alle Gefäße und Kapillaren der Cutis Anhäufungen von Lymphocyten und mononukleären Leukocyten. Diese Infiltration ist ungleichmäßig, im ganzen aber nicht sehr bedeutend. Von einer Hypertrophie der M. erectores sieht man in diesem Präparat nichts. Die Bindegewebszellen der Cutis und des papillären Gewebes proliferieren beträchtlich.

Fall 2. Jouvan, 46 Jahre alt, leidet seit neun Jahren an Pityriasis rubra pilaris. Sie verläuft in häufigen Anfällen, die mit Vorliebe im Winter auftreten und im Sommer nachlassen. Zurzeit ist am Kopfe leichte Pityriasis, Abschilferung feiner Schuppen. Im Gesicht, an den Ohren, am Hals ist die Haut etwas gerötet, hyperämisch, trocken und rauh, mit feinen, festsitzenden Schuppen bedeckt; diese Schuppen haben stellenweise auch die Form von kleinen Kegeln mit schwarzen Spitzen. Aber die eigentlichen charakteristischen Elemente der Pityriasis rubra pilaris sitzen als kleine kegelförmige Hornknötchen auf dem Rücken der Hände und Finger. Mit Hilfe der Lupe kann man in der Mitte dieser Knötchen ein Haar erkennen, das bald noch heil, bald abgebrochen ist. Umgeben ist das Knötchen von einem ganz feinen roten Hof, und entfernt man es mit Gewalt, so wird eine äußerst zarte rote Papel mit einem dunkelroten Punkt in der Mitte sichtbar. Diese Elemente stehen teils einzeln, teils zusammenfließend und bilden bald nur kleine Inselchen, bald größere Herde, wie auf den Fingerrücken. Die Vorderarme sind ganz bedeckt von solchen großen roten trockenen Herden, die sich rauh anfühlen, oberflächlich schuppen, und eine große Zahl feiner kleiner Schüppchen bergen. Diese Schüppchen ragen wie kleine Kegel oder Stacheln hervor und erzeugen dadurch die rauhe Oberfläche. Auf den Oberarmen stehen die Elemente teils vereinzelt, teils wieder zu großen Herden zusammengeflossen, wie auf den Vorderarmen. Den nämlichen Anblick gewähren der Stamm und die Unterschenkel. Die Haut der Hohlhand ist hart, hyperkeratotisch, ohne Abschuppung, nirgends besteht Nässen. Das Allgemeinbefinden war in den letzten zehn Jahren ausgezeichnet. Patient ist ein Albanese, Nachtwächter in einer Fabrik. Aus der Haut seines Oberarms habe ich ein kleines Stückchen mit konischen Hornknötchen entfernt; die Haut war an dieser Stelle nur teilweise gerötet. Der Fall wurde innerlich mit Arsenik und asiatischen Pillen, äußerlich mit folgender Salbe von Thimm behandelt:

Axung-benzoat.	100,0	*Hydrarg. bichlor.*	0,05
Zinc. oxyd.	15,0	*Acid. carbol.*	1,0

Es erfolgte völlige Heilung.

Mikroskopische Untersuchung des zweiten Falles.

Die Stachelschicht ist stellenweise stark proliferiert und ragt an einzelnen Teilen der Epidermis in Form kleiner rundlicher, konischer, ovalärer usw. Papeln hervor. Hin und wieder sind die Zellreihen der Stachelschicht um das Zwei- bis Dreifache des Normalen vermehrt. Kern und Protoplasma sind alsdann hypertrophisch, ihre Epithelleisten stark proliferiert und ungleichmässig gegen die Cutis verlängert. Daneben ein leichtes intercelluläres und intracelluläres Ödem, die Zellzwischenräume sind erweitert, die Zellkerne von ödematösen Zonen umgeben (Leloirs „altération cavitaire"). Im Präparat gewahrt man Seite an Seite neben epithelialen Papeln Stellen, die eher wie eingesunken aussehen; auch deutliche Mitosen erkennt man. An einzelnen Stellen ist ein stärkeres Ödem; hier bilden auch die Zellzwischenräume grofse, unregelmäfsige Kanäle (Unnas Spongiosa); gleichzeitig ist dann auch das intracelluläre Ödem ausgesprochener, verdrängt das Protoplasma und umgiebt die Kerne mit einer grofsen farblosen Zone; ja, in manchen Zellen ist fast das ganze Protoplasma entfärbt, nur seine Umrisse sind noch sichtbar; auch einzelne Kerne sind so stark ödematös, dafs ihr ganzes Chromatin weggeschwemmt ist und nur ihre Ränder sichtbar bleiben. In andern Zellen ist die Kernhöhle durch das Ödem stark erweitert, der Kern selber atrophiert. Im ganzen ist das Ödem sehr ungleichmäfsig verteilt; neben stark ödematösen Stellen stehen andere, an denen es nur schwach vertreten ist.

Wie in der Epidermis, so besteht auch in den Follikelscheiden Proliferation der Stachelzellen, Hypertrophie ihres Protoplasmas und ihrer Kerne, intracelluläres Ödem und Mitosen. Hin und wieder auch eine reichliche Pigmentvermehrung in den unteren und oberen Zellreihen, so dafs die Zellen und Zellkerne zum Teil von den gelben Pigmentschollen bedeckt werden; wo das Pigment noch mehr angehäuft ist, da bedeckt es sogar ganze Gruppen von Zellen.

Die Körnerschicht ist sehr ungleichmäfsig; an der einen Stelle besteht sie nur aus einer mageren Reihe von Zellen oder ist ganz verschwunden, an andern Stellen wiederum sind ihre Zellen sehr grofs und zu vier und mehr Reihen angeordnet.

Die Hornschicht ist etwas verdickt, derb und hyperkeratotisch, stellenweise aus zwei bis drei zarten hyperkeratotischen Lamellen zusammengesetzt, deren Zusammenhang etwas gelockert ist. An andern Stellen ist sie noch mehr hyperkeratotisch; an eingesunkenen Stellen dagegen und an einzelnen Follikelöffnungen besteht sie aus geschichteten Hornlamellen, die die Öffnung nach Art eines Comedo ausfüllen und ein Haar einschliefsen. Die innersten dieser Lamellen enthalten bisweilen mehrere

Reihen parakeratotischer Zellen mit parallelen, abgeflachten Kernen; doch kommen auch ovaläre Kerne vor, die schon halbwegs abgeblaſst und farblos sind; schlieſslich auch ganz zerfallene und zerbröckelte Kerne. Rings um jene kleinen, wie Comedonen aussehende Propfen ist eine neue follikuläre Körnerschicht in Bildung begriffen. — Auch an der Oberfläche der Epidermis ist die Hornschicht mehrfach parakeratotisch und enthält eine bis sechs Reihen parakeratotischer Zellen mit abgeplatteten Kernen; sie bildet hier zuweilen eine abschuppende parakeratotische Schicht von wechselnder Dicke. Die Körnerschicht unter ihr ist an einzelnen Stellen ganz verschwunden, an andern Stellen ist sie bereits wieder in Neubildung begriffen, mit zum Teil drei bis sechs mächtigen Reihen von Körnerzellen. Die Körnerschicht ist demnach, wie schon erwähnt, ganz ungleichmäſsig: wo die Hornschicht normal keratinisiert ist, fehlt jene zum Teil gänzlich, ist dagegen an manchen parakeratotischen Stellen der Hornschicht schon wieder neugebildet und zum Teil recht kräftig entwickelt. Jene desquamierenden parakeratotischen Teile der Epidermisoberfläche sind recht dick und bestehen aus verschiedenen Schuppen von wechselnder Stärke. Solcher Schuppen gewahrt man in jedem Präparat bis zu vier Stück, zum Teil in Form kleiner Kegel; andere ragen sehr weit über die Oberfläche hervor und sind durch kleine Inseln normal keratinisierter oder parakeratotischer Hornschicht von einander getrennt. Diese Schuppen sind einesteils dünn und flach, aus mehreren Reihen parakeratotischer Zellen mit abgeplatteten oder ovalären Zellen zusammengesetzt, andrerseits sind sie schon wieder von einzelnstehenden oder zu kleinen Herden angehäuften und mit Lymphocyten untermischten polynukleären Leukocyten durchsetzt. Auch derbere, flache oder hervorragende Schuppen kommen vor, von ovalärer, konischer und andern Formen; sie sind das Umwandlungserzeugnis proliferierter Epithelpapeln von der Oberfläche der Epidermis. Sie enthalten in ihren oberen und unteren Schichten zahlreiche Reihen parakeratotischer Zellen mit flachen oder ovalären Kernen, die zum Teil schon anfangen, atrophisch und farblos zu werden und zu zerbröckeln. Die mittleren Schichten jener Schuppen sind dagegen bereits in ein hartes, homogenes Horngewebe verwandelt, dessen Kerne zum Teil schon ganz geschwunden, zum Teil im Schwinden begriffen sind. Die polynukleären Leukocyten, einzeln oder in kleinen Haufen und mit Lymphkörperchen vermischt, fehlen auch hier nicht. Noch andere Schuppen, die ebenfalls von der Umwandlung epithelialer Papeln herrühren, nähern sich mehr der ovalären oder kugeligen, der Kegel- oder Stachelform; sie sind rings herum von einer desquamierenden, parakeratotischen Schicht von vier bis fünf Zellreihen mit abgeplatteten Kernen umgeben; durch diese Schicht werden sie von der darunterliegenden Stachelschicht getrennt und allmählich abgehoben. Im Innern sind diese zuletzt beschriebenen Schuppen zum

größten Teil schon in ein hartes, homogenes Horngewebe umgewandelt, das keine parakeratotischen Zellreihen mehr enthält, denn die Kerne sind zum großen Teil atrophiert und verschwunden, und die wenigen, die man noch antrifft, sind degeneriert und haben sonderbar verzerrte Formen; nur ganz einzelne haben ihre ovale Gestalt noch behalten; sind aber auch schon abgeblaßt und enthalten in ihrem Innern bis zu sechs Vakuolen von verschiedener Größe. Die Formen der verzerrten Kerne sind ganz bizarr. Bei den einen ist die eine Seite ausgezogen, so daß sie eine dreieckige Gestalt haben; die Vakuolen fehlen ihnen aber auch dann nicht und fließen zum Teil zu größeren Hohlräumen zusammen. Andere Kerne nehmen noch bizarrere Gestalten an, atrophieren, verblassen und zerbröckeln. Daneben kommen in den Schuppen noch ungleichmäßige Reihen parakeratotischer Zellen vor, deren Kerne flach und deren Protoplasma fadenförmig verlängert ist, so daß die Zellen einander berühren. Diese Zellketten ziehen kreuz und quer wie Anastomosen durch das Innere der Schuppen, doch ist die eigentliche Masse der Schuppe, wie schon gesagt, homogen keratinisiert, die Kerne sind aus ihr fast ganz verschwunden; dafür enthält sie immer polynukleäre Leukocyten, einzeln oder in Gruppen, sowie vereinzelte Lymphkörperchen. Einzelne Schuppen sind schon halbwegs oder ganz von ihrer Unterlage gelockert, und man gewahrt unter ihnen schon eine neugebildete mächtige Körnerschicht von zwei bis drei Reihen Körnerzellen, daneben teilweise auch schon eine neue Hornschicht, durch die die Schuppe abgehoben wird.

Außer diesen ganz oberflächlich gelegenen Schuppen kommen auch noch mehr in der Tiefe, oberhalb der Follikelöffnungen, ähnliche runde oder kegelförmige Schuppen vor, die in der Mitte von einem Haar durchbohrt sind. Auch diese suprafollikulären Schuppen bestehen in ihren oberen und unteren Teilen aus zahlreichen Reihen parakeratotischer Zellen. Durch sie wird die Schuppe ringsum abgeschlossen. Im Innern der Schuppe sind die Kerne atrophisch, zerbröckelt, ganz verschwunden; andere Kerne sind degeneriert, mit zusammenfließenden Vakuolen versehen und nehmen ebenfalls ganz bizarre, unbeschreibbare Formen an. Auch diese Schuppen sind im Innern gleichmäßig keratinisiert, die Kerne sind fast alle geschwunden; und an ihrer Stelle sieht man auch hier wieder polynukleäre Leukocyten und Lymphkörperchen. Durch diese Schuppen werden die darunter stehenden Follikel gewissermaßen geknickt, so daß sie nicht gradlinig, sondern in Winkeln verlaufen. Sie enthalten zwei bis drei Härchen, die die Schuppe durchbohren, aber ebenfalls nicht gradlinig, sondern im Zickzack verlaufen. Diese suprafollikulären Schuppen befinden sich auch schon auf dem Wege der Abstoßung. Unter ihnen wächst bereits wieder eine neue Epidermis mit einer verdickten Körnerschicht und einer normalen Hornschicht; diese besorgt die Abstoßung der Schuppe.

Alle diese verschiedenartigen Schuppen sitzen teils auf der Oberfläche der Epidermis, teils auf den Follikelöffnungen und bilden die kleinen Knötchen unseres Falles von Pityriasis rubra pilaris. Die meisten Schuppen sind parakeratotisch, nur ganz wenige hyperkeratotisch; diese sitzen alsdann auf der Oberfläche der Epidermis in kleinen Einsenkungen oder in Follikelöffnungen und bilden kleine Hornpfröpfe. Die Bildung der Schuppen geht in folgender Weise vor sich: In der Stachelschicht besteht, wie schon erwähnt, ein leichtes inter- und intracelluläres Ödem neben Proliferation der mitotischen Stachelzellen. Diese bilden teilweise den Überzug der kleinen Epithelpapeln, die wie kleine Kegel hervorragen und durch minder proliferierte und nicht hervorragende Epithelstrecken von einander getrennt sind. Auf der Epidermis entwickelt sich streckenweise Parakeratose und es bildet sich eine abschuppende, mehr oder weniger dichte Lage. Die gleiche abnorme Keratinisation vollzieht sich auch auf der Oberfläche der Epithelpapeln; auch von ihnen formt sich ein Teil in parakeratotische Schuppen um; die Schuppen nehmen die kegelförmige Gestalt der Papeln an und stoſsen sich ganz langsam ab, denn sie haften fest an der peripheren Hornschicht, einerlei ob sie normal keratinisiert oder parakeratotisch ist, und an der darunter liegenden Epidermis. Die parakeratotischen Zellreihen häufen sich mehr und mehr bei den Epithelpapeln an und bilden dünnere oder dickere Schuppen, die zuerst parakeratotisch sind, später, wenn die Schuppen atrophiert und geschwunden sind, sich in ein homogenes Horngewebe umwandeln. Immer enthalten diese Schuppen kleine Herde polynukleärer Leukocyten und einzelne Lymphkörperchen und sind von einer abblätternden, parakeratotischen, runden Schicht umgeben. Darunter besteht Proliferation der Stachelzellen, beginnende Neubildung einer mächtigen Stachelschicht, einer neuen Körnerschicht und einer normalen Hornschicht.

In der Cutis gewahrt man entzündliche Veränderung der Gefäſse, deren Lumina sämtlich erweitert sind. Die Gefäſswände sind infolge Infiltration der perithelen Zellen stark infiltriert. Diese Zellen sind in zahlreichen parallelen Reihen angeordnet und von zahlreichen Herden von Lymphkörperchen und mononukleären Leukocyten durchsetzt, so daſs dicke Zellstränge um die Gefäſse entstehen. Die Infiltration befällt zwar alle Gefäſse der Cutis von den tiefstliegenden bis zu den feineren subpapillaren Verzweigungen, aber sie ist bei einigen stärker als bei den andern. Anhäufungen von Lymphocyten befinden sich auch um die Schweiſsknäuel herum, sie umgeben hier die kleinen periglomerulären Gefäſse. Die Kapillaren der Papillen sind verhältnismäſsig weniger infiltriert; es finden sich hier nur proliferierte Perithelzellen, spärliche Lymphocyten und mononukleäre Leukocyten. Die Herde von Lymphkörperchen fehlen ganz im Gewebe zwischen den Gefäſsen; hier finden sich nur vereinzelte

Lymphocyten und mononukleäre Leukocyten. Hin und wieder finden sich auch in den erweiterten Gefäfslumina einzelne polynukleäre Leukocyten, aber gröfsere Anhäufungen dieser Elemente finden sich nirgends im Cutisgewebe. Dagegen ist etwas Ödem bemerkbar, alle Lymphgefäfse und Lymphspalten der Cutis und des papillaren Gewebes sind erweitert, die Papillen etwas geschwollen. Daneben Proliferation der Bindegewebszellen, die namentlich im Papillargewebe einen gröfseren Umfang annimmt, in dem Gewebe zwischen den Gefäfsen dagegen nur angedeutet bleibt. Die Musculi erectores und alle übrigen glatten Muskeln der Haut sind um das zwei- bis dreifache des Normalen hypertrophiert, die Muskelkerne sehr vergröfsert.

Zusammenfassung.

Aus der histologischen Untersuchung meiner beiden Fälle von Pityriasis rubra pilaris ergibt sich für den Anfang der Erkrankung, an den nicht erythematösen Stellen, die klinisch den so charakteristischen granitnen Zustand aufweisen, folgender Befund: Entzündliche Veränderungen der Cutis, Verdickung und Infiltration aller Gefäfs- und Kapillarwände, Proliferation der perithelialen Zellen und perivaskuläre Anhäufung von Lymphkörperchen und mononukleären Leukocyten, Proliferation und Hypertrophie aller Bindegewebszellen der Cutis und des Papillarkörpers, leichte Erweiterung der Gefäfse und der Lymphspalten der Cutis. — In der Epidermis findet sich starke Proliferation und Hypertrophie der Stachelschicht, stellenweise mäfsiges parenchymatöses und intercelluläres Ödem, bedeutende Verdickung der Körnerschicht und starke Hyperkeratose in der Hornschicht, besonders an den eingesunkenen Stellen, den Follikelöffnungen, die erweitert und von hyperkeratotischen Hornpfropfen ausgefüllt sind. Diese Pfropfen springen wie kleine Hornkegel vor und bewirken das granitne Aussehen der Haut, besonders auf den Phalangen, am Handgelenk usw. Parakeratose besteht nur an vereinzelten Punkten der Haut.

Im vorgeschrittenen Stadium der Krankheit haben die entzündlichen Erscheinungen der Cutis, zumal an den stärker gereizten, roten, desquamierenden, ekzematiformen Stellen der Haut noch zugenommen, die Erweiterung der Gefäfslumina und der Lymphspalten ist beträchtlicher geworden, das Ödem ist verstärkt, die perivaskuläre Anhäufung von Lymphkörperchen und mononukleären Leukocyten ist umfangreicher geworden, desgleichen auch die Proliferation der Bindegewebszellen. In der Epidermis ist die Hyperplasie der Stachelschicht viel bedeutender, die Epithelleisten sind stark proliferiert, die Stachelschicht ist durchweg pigmentiert, aber an einzelnen Stellen stärker als an anderen, das parenchymatöse und intercelluläre Ödem der Stachelzellen ist gewachsen, so dafs stellenweise das Keratohyalin geschwunden ist und es zur Bildung

von parakeratotischen Schuppen kommt, die teilweise sehr dick sind, kegelige, ovale, flache Formen haben und vorspringen. Diese Schuppen sitzen an der Epidermisoberfläche und den Follikelöffnungen und muten zum Teil wie Dornen an. Einige Follikel enthalten zuweilen zwei bis drei und noch mehr von ihnen. Manchmal verstopfen sie die erweiterte Follikelöffnung auch gänzlich und komprimieren die Zellscheiden der Follikel, so daſs diese, anstatt geradlinig zu verlaufen, verkrümmt und verzerrt erscheinen und auch die Haare in ihrem Innern im Zickzack verlaufen.

Demnach besteht bei der Pityriasis rubra pilaris an der Hautoberfläche zuerst Hyperkeratose mit hyperkeratotischen Propfen oder Hornkegeln in den Follikelöffnungen, später hingegen Parakeratose mit stachelartig vorspringenden flachen Schüppchen, die auf der Epidermis und an den Follikelöffnungen ihren Sitz haben und gleichfalls parakeratotisch sind.

Bei noch weiterem Vorschreiten der Krankheit wird das parenchymatöse und intercelluläre Ödem der Stachelschicht noch immer umfangreicher, die Körnerschicht ist stellenweise ganz geschwunden, die parakeratotischen Schuppen der Oberfläche sind viel dicker geworden und ragen zum Teil stark vor, enthalten Lymphkörperchen und Ansammlungen polynukleärer Leukocyten, sowie stark degenerierte, vakuolisierte und zerbröckelte Zellkerne. Die Proliferation in der Stachelschicht hat noch gröſsere Ausdehnung angenommen und weist sehr zahlreiche Mitosen auf; unterhalb der Schuppen bilden sich bereits wieder eine neue Stachel- und Körnerschicht und auch eine normale Hornschicht, von der die Schuppen abgehoben werden.

In dem zweiten Fall beobachtet man auſserdem noch eine sehr beträchtliche Hypertrephie der Musculi erectores sowie sämtlicher glatten Hautmuskeln, ein Befund, der in meinem ersten Fall entschieden nicht erhoben werden konnte.

* * *

Wie eingangs erwähnt wurde, berichten die namhaftesten Forscher, die Fälle von Pityriasis rubra pilaris histologisch untersucht haben, fast nur von Hyperkeratose, während sie nur spärlich auf Parakeratose stieſsen. Ebenso erging es mir bei meinem ersten Präparat, das aus der granitnen Haut von Pityriasis rubra pilaris stammte; in den beiden anderen Präparaten dagegen, die den erythematösen, schuppenden Hautteilen entnommen waren, fand ich vornehmlich parakeratotische Veränderungen, Bildung parakeratotischer, zum Teil wie Stacheln vorspringender Schuppen; sie saſsen sowohl auf der Epidermis, wie in den Follikelöffnungen und füllten diese nach Art konischer parakeratotischer Pfropfen aus; die anfangs hyperkeratotischen verhornten Haarkegel werden in der Folge gleichfalls parakeratotisch.

Unna hat die Ansicht ausgesprochen, daſs die Parakeratose in den erythrodermalen Teilen der Pityriasis rubra pilaris vorherrschen und die Hyperkeratose verdrängen dürfte; in seiner „Histopathologie“ (S. 300) schreibt er: „Die Vorgänge bei der Pityriasis rubra pilaris bewahren immer einen rein progressiv entzündlichen Charakter.“ Ferner (S. 305): „Die Pityriasis rubra pilaris steht wie die Ichthyosis auf der Grenze der Parakeratosen; die Hyperkeratose schlägt bei beiden nur unter stärkerer entzündlicher Wallung in das gewöhnliche Bild der Parakeratosen um.“ Diese Auffassung Unnas wird durch meine Befunde bestätigt.

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg

Zu den Abbildungen.

Das erste Präparat stammt aus dem charakteristischen „Granite pilaire“ und zeigt die Hyperkeratose aller Hornkegel der Follikelöffnungen.

Das zweite Präparat ist einem erythematösen Hautteil des nämlichen Falles entnommen und zeigt die Parakeratose und die desquamierenden, vorspringenden parakeratotischen Lamellen.

Präparat Nr. 3 rührt vom zweiten Fall her; hier sieht man verschiedene parakeratotische Epidermisschuppen und einzelne Haufen von Leukocyten, wie Kegel oder Stacheln hervorragend.

Das vierte Präparat endlich stellt eine suprafollikuläre parakeratotische Schuppe dar, die die unter ihr liegende Zellscheide zusammenpreſst, so daſs die Haare eine gekrümmte Form erhalten.

Literatur.

1. Traité de Dermatologie par Devergie, Besnier, Doyon, Brocq.
2. Richard, Pityriasis pilaris. Thèse. Paris 1877.
3. Besnier, Pityriasis rubra pilaris. *Annales* 1889. S. 254. (Darier et Jacquet, Histologie.)
4. Boeck, Ein Fall von Pityriasis pilaris. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Nr. 3.
5. Robinson, Die Frage der Verwandtschaft zwischen Lichen planus (Wilson) und Lichen ruber (Hebra). *Journ. of cut. and gen.-urin. Dis.* März 1889.
6. Taylor, Lichen ruber nach amerikanischen Beobachtungen. *New York med. Journ.* 5. Jan. 1889. (In van Giesons Histologie.)
7. v. Düring, Lichen, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893.
8. Audry, Anatomische Untersuchungen über die Keratosen. *Annales.* 1893.
9. Tommasoli, Autotoxische Keratodermiten. *Dermatol. Studien.* 1892.
10. Opalewsky, Pityriasis rubra pilaris. *A. A.* 1892. Erg.-H. I.
11. Unna, Histopathologie. S. 297.
12. Lewin, Pityriasis rubra pilaris. *Arch. f. Derm.* 1895. Bd. XXXI, S. 267. — Bd. XXXII, S. 476. — Bd. XXXIII, S. 205. — Bd. XXXV, S. 295.
13. Lukasiewicz, Lichen ruber acuminatus usw. *Arch. f. Derm.* Bd. XXXIV, S. 163.
14. Török, Der Lichen ruber acuminatus. *Arch. f. Derm.* 1897. Bd. XXXVIII, S. 464. — Bd. XL, S. 103. — Bd. XLII, S. 146.

15. Havas, Über Lichen ruber acuminatus. *Pesther med.-chir. Presse.* 1890. Nr. 3. — *Arch. f. Derm.* 1898. Bd. XLVI, S. 130.
16. Mourek, Zur Frage der Pityriasis rubra pilaris. *Arch. f. Derm.* 1895. Bd. XXXIII, S. 79.
17. Neumann, Der Lichen ruber acuminatus. *Arch. f. Derm.* 1892. Bd. XXIV, S. 880. — Das. S. 3. — Das. 1893. Bd. XXV, S. 537. — 66. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien 1894. — *Arch. f. Derm.* 1894. Bd. XXVIII, S. 390. — Bd. XXXII, S. 241.
18. Jarisch, Die Hautkrankheiten. Wien 1900.
19. Joseph, Lehrbuch der Hautkrankheiten. *Arch. f. Derm.* Bd. XXXVII, S. 225. — Bd. XXXVIII, S. 3.
20. Assmann, Zur Kasuistik der Pityriasis rubra pilaris. Inaug.-Dissert. Würzburg 1902.
21. Palm, Die Pityriasis rubra pilaris. *Arch. f. Derm.* Bd. LI, S. 433.
22. Heidingsfeld, Die Pityriasis rubra pilaris. *Cincinnati Lancet. Clinic.* 3. VI. 1899. — Dernier Congrès de Médecine de Lisbonne 1905.
23. Caspary, Über Pityriasis rubra pilaris. Inaug.-Dissert. Königsberg 1903.

Der gonorrhoische Nachkatarrh.

Von

Dr. Orlowski-Berlin.

Der nach Ablauf einer akuten Gonorrhoe restierende Katarrh, der sich durch Bonjourtropfen, gelegentlichen Ausfluſs und Urintrübungen äuſsert, ist das Resultat chronischer Schleimhautveränderungen, die mittels der Urethroskopie, der Bougie a boule-Innenbetastung, der massierenden Betastung auf einem eingeführten cylindrischen Innenbougie mit aller Exaktheit zu diagnostizieren sind (s. m. „Die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes". A. Stuber, Würzburg). Darüber soll hier nicht gesprochen werden, sondern nur über die zwei Arten von Katarrh, für die eine anatomische Ursache durch alle drei genannten Untersuchungsmethoden nicht zu finden ist. Erstens der schleimige oder schleimig-epitheliale Katarrh, den Finger Pseudogonorrhoe nennt, als dessen Ursache er eine herdweise Metaplasie des cylindrischen Schleimhautepithels in Plattenepithel annimmt. Auf diese Epithelinseln sollen die saprophytischen Bakterien des Vorhautsackes und der Fossa navicularis, die ja Plattenepithel tragen, durch Verbindungsstränge gelangen und dort vorübergehende oder dauernde Entzündungen verursachen. Das mikroskopische Bild dieses Sekretes soll deshalb hauptsächlich Epithelien und Bakterien und gar keine Leukocyten zeigen. So einleuchtend diese Erklärung ist, so ist sie doch nicht bewiesen. Erstaunlich ist jedenfalls, daſs man in solchen Fällen in der ganzen Urethra das sonst so häufige Bild der weiſslichen, glanzlosen,

keratinisierten Oberfläche meist nicht sieht, was doch zu erwarten wäre. Ich meine, daſs man da zwei Formen streng unterscheiden kann. Die eine entspricht genau im mikroskopischen Bild der FINGERschen Pseudogonorrhoe mit Bakterien und Epithelien; hierfür mag auch die Erklärung zutreffend sein, ich möchte diese Form den schleimig-epithelialen Katarrh nennen. — Eine zweite, häufigere Form liefert konstant oder nur gelegentlich — z. B. nach Exzessen in venere et baccho — einen schleimigen Ausfluſs, der aber nie zu einer diffusen Entzündung mit allgemeiner Urintrübung führt. Das mikroskopische Bild zeigt nur sehr wenige korpuskuläre Elemente, hauptsächlich Epithelien, vereinzelte Leukocyten und fast nie Bakterien. Der urethroskopische Befund ist völlig negativ. Ein konstantes anatomisches Substrat liegt diesem Nachkatarrh, dessen Wesentliches die Schleimabsonderung ist, daher zweckmäſsig als schleimiger Katarrh zu bezeichnen, sicher nicht zugrunde, und ich glaube, daſs man sich mit der Phrase begnügen muſs, daſs hier eine individuelle Disposition vorliegt, die sich erst nach einer einmal überstandenen Entzündung äuſsert, wie z. B. die zeitlebens bestehende vermehrte Schleimbildung nach einer Pharyngitis. Von 28 derartig registrierten „schleimigen" Nachkatarrhen hatten 6 Syphilis, 4 waren wegen Lungentuberkulose behandelt, 10 konnten als anämisch bezeichnet werden, nach dem SAHLI-GOWERSschen Hämoglobinometer 60—80 %. — Bei den übrigen war allerdings nichts Besonderes zu vermerken; insonderheit konnte Alkoholismus nie — auch mit sonst keiner Art von Nachkatarrh in Verbindung gebracht werden.

Jede Therapie des letzteren, reinschleimigen Nachkatarrhs ist durchaus aussichtslos und schädlich. Das dem Patienten überzeugend klar zu machen, daſs nur ein belangloser Schönheitsfehler der Harnröhre vorliegt, ist die einzige Aufgabe, da sonst eine unfehlbar zu schwerer Neurasthenie führende Spezialisten- oder Kurpfuscherbehandlung folgt.

Bei dem schleimig-epithelialen Katarrh der Pseudogonorrhoe hat sich mir in wiederholten Fällen die Betupfung der ganzen Schleimhaut im Urethroskop mit Jodtinktur, natürlich nicht auf einmal, sondern etwa in vier Tempen ausgeführt, als bestes erwiesen. Man muſs aber auch da eine komplette Heilung nicht in jedem Falle erzwingen wollen.

Die zweite Art von Nachkatarrhen ist schleimig-eitriger Natur. Das mikroskopische Bild läſst fast nur Eiterkörper, nie Bakterien und sehr wenige Epithelien sehen. Der Katarrh exacerbiert bisweilen ohne jede nachweisbare Ursache und kann so stark werden, daſs er selbst eine akute Gonorrhoe vortäuscht, und führt dann noch zu einer diffusen, häufiger bröckligen Trübung des Urins. Therapeutisch ist er völlig unbeeinfluſsbar und seine Ursachen sind meiner Ansicht nach gehäufte Provokationsreize nach wirklicher Heilung der akuten Gonorrhoe. — Ein Beispiel:

Leutnant B. Erster Tripper vor sieben Jahren in fünf Wochen zur Heilung gebracht. An sechs Tagen ist dann, seiner Angabe gemäfs, Höllenstein eingeträufelt worden, abwechselnd mit Sublimatspülungen, abends Alkohol. Darauf als geheilt entlassen. Nach einigen Wochen hat sich morgens ein Tropfen eingestellt und nach einem gelegentlichen Coitus stark eitriger Ausflufs, der von namhafter urologischer Seite als Folge des früheren Trippers bezeichnet wurde. Patient hat dann die sieben Jahre mit Unterbrechungen in Behandlung gestanden, unter anderem mehrere Monate in Wildungen, mehrere Male in einem physikalisch-diätetischen Sanatorium, kennt das ganze chronische Tripperrüstzeug, Dilatationen, Spüldehnungen, Curettagen, Druckspülungen usw. Kommt in Behandlung, weil er starken Ausflufs nach Coitus für frischen Tripper hält. Mikroskopisch rein eitrig ohne Gonokokken oder Bakterien. Urin fast klar. Weder urethroskopisch noch durch Massagebetastung war die Spur von chronischen Schleimhautveränderungen zu konstatieren; nicht einmal Hyperämie oder Schwellung oder Verstreichung der radiären Streifung war wirklich objektiv nachweisbar. Auf einige JANET-Spülungen wurde der Fluor schwächer. Nachdem sich Jodtinkturbetupfung als erfolglos gezeigt hatte, wurde von weiterer Therapie Abstand genommen. Der allgemeine Status war denkbar vorzüglich; selbst das Nervensystem war durch die lange Behandlung in keiner Weise alteriert.

Derartige Fälle, deren nähere Schilderung ermüden würde, habe ich noch sechs beobachtet. Von meinen eigenen sind elf, soweit ich zu Untersuchungen in der Lage war, in ein derartiges Stadium übergegangen. Von den sechs waren bei zwei wiederholte Wasserstoffsuperoxydeinspritzungen (nach Schilderung) gemacht worden, so dafs wohl auch das nicht als ganz harmlos anzusehen ist. Bei den elf fanden mehrtägige Provokationen, abwechselnd Dilatationen, Argentum-Instillationen, Coitus statt. Die Konsequenz, die daraus gezogen werden mufs, ist die, dafs für die Provokationen ein exspektatives Verhalten zur Feststellung des Ablaufes der akuten Gonorrhoe treten mufs (s. „Die Wertlosigkeit der Provokation". *Zeitschrift für Urologie*).

Von den sechs waren drei durch die chronische Behandlung Neurastheniker, von den elf hatte einer Syphilis, die beim Militär mit einer Kur behandelt war, und seit elf Jahren keine Erscheinungen gemacht hatte. Konstitutionelle Dyskrasien lagen also sicher nirgends vor. Dafs der Beweis für einen Zusammenhang von gehäuften Provokationsreizen und schleimig-eitrigem Nachkatarrh dadurch nicht erbracht ist, verhehle ich mir natürlich nicht. Exakt ist solch ein Nachweis überhaupt nicht zu führen. Wenn sich natürlich auch feinere anatomische Veränderungen der Schleimhaut der urethroskopischen Untersuchung entziehen, so erklärt eine solche, immerhin auch willkürliche Annahme den Katarrh doch nicht,

da ja selbst ausgedehnte Veränderungen der chronischen Gonorrhoe bekanntlich ohne ihn verlaufen können. Eine allgemeine Disposition, die sonst für unerklärliche Prozesse zur Erklärung dient, lag ebensowenig vor; mir erscheint daher die Annahme berechtigt, dafs die gehäuften Provokationsreize die eben erst gesundete und empfindliche Schleimhaut in einen Zustand erhöhter Vulnerabilität versetzen, der ein nachweisbares anatomisches Substrat ebensowenig zugrunde liegt, wie bei der Skrophulose. Die Folge jeden Reize ist dann eines eitrige, aseptische Entzündung. Nachkatarrh wäre demnach zusammenfassend, soweit er nicht Symptom einer chronischen Gonorrhoe ist, das Resultat einer allgemeinen Disposition, wenn er rein schleimig ist, einer durch gehäufte Provokationsreizungen rein örtlich geschaffenen Disposition — (natürlich würden etwaige, zu irgendeinem anderen Zwecke gesetzten Reize denselben Effekt haben) —, wenn er eitrig-schleimig ist, eines anatomischen, aber sich meist der Diagnose entziehenden Substrates, der Epithelkeratinisation, wenn er schleimig-epithelial ist. Daraus folgt, dafs der Versuch einer örtlichen Therapie nur im letzteren Falle berechtigt ist; eine allgemeine ist erfahrungsgemäfs auch ohne Wirkung.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Mai 1908.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Lesser gedenkt des verstorbenen Mitgliedes Geh. Sanitätsrat Dr. Hoffmann, der lange Jahre die Berichte der Berliner Dermatologischen Gesellschaft in *dieser Zeitschrift* verfafst hat.

2. Rissom demonstriert einen Fall von **chronischem Rotz** (grofse Zerstörungen an Oberlippe, Oberkiefer und Gaumen).

3. Baum demonstriert ein Kind (Mädchen) mit **Dermatitis herpetiformis.**

Diskussion: Holstein macht darauf aufmerksam, dafs bei Dermatitis herpetiformis der Juckreiz fehlen kann.

4. Baum demonstriert einen Fall von **Depigmentierung an geheilten Psoriasisstellen.** Patient hat nur vor Jahren einmal As und nie Chrysarobin erhalten.

Diskussion: Wechselmann hat gesehen, dafs diese Depigmentierung nicht auf die Psoriasisplaques beschränkt blieb, sondern sich ausbreitete und eine grofse Vitiligo zustande kam.

5. Lippmann zeigt ein Kind mit universeller **Ichthyosis sebacea.**

6. Heller demonstriert **Nagelveränderungen** eines Mannes, die **nach Erfrierung dritten Grades** entstanden sind.

7. L. Pick und Pinkus sprechen **über doppeltbrechende Substanz in Hauttumoren, ein Beitrag zur Kenntnis der Xanthome.** Sie berichten über histo-

logische Untersuchungen an multiplen ikterischen Xanthomen, am Xanthome en tumeurs und anderen Xanthomfällen.

Sie kommen zu folgenden Hauptergebnissen:

Beim universellen ikterischen Xanthom erweist sich die fettähnliche Substanz der Zellen durchweg als doppeltbrechende Substanz. Wirkliches Fett tritt völlig zurück. Die doppeltbrechende Substanz ist in ihren optischen, morphologischen und färberischen Eigenschaften identisch mit dem sogenannten Protagon (Myelin) der Nebennierenrinde, der Atherosklerose, der Nephritisformen usw. (KAISERLING-ORGLER, STOERK, LOEHLEIN u. a.). Sie ist beim Xanthom insofern von besonderer Bedeutung, als sie dem Gesamtbilde der Affektion für die klinische, die makroskopische und die mikroskopische Erscheinung durch ihr exzessives und gleichmäfsiges Vorkommen den Stempel aufdrückt.

Als eine „innere“, Xanthomatose eigentümlicher Lokalisation wurde bei multiplen ikterischen Xanthomen der Haut eine Pachymeningitis interna xanthomatosa gefunden. Auch diese zeigt die nämlichen „Protagon“ führenden Xanthomzellen. Durch Xanthomzellen mit doppeltbrechender Substanz ist auch das „Xanthome en tumeurs“ charakterisiert. STOERK stellte letzteres für die spindelzellig-sakkomatöse Varietät dieser Geschwulstform fest; die Vortragenden sicherten den Befund für die reine Form des Xanthome en tumeurs.

Den essentiellen histologischen Bestandteil des Xanthoms bildet die mit der doppeltbrechenden Substanz erfüllte schaumige Xanthomzelle. Dabei kann in den xanthomatösen Neubildungen sowohl das quantitative Verhältnis von Bindegewebsstroma und Xanthomzellparenchym variieren, wie auch die Zellform und Zellproliferationskraft (endotheliomatöse, sarkomatöse, event. Riesenzellen führende Varietät usw.).

Die doppeltbrechende Substanz des Xanthoms ist höchstwahrscheinlich ein Fettsäurecholesterinester. (Abscheidung reinen Cholesterins aus der doppeltbrechenden Substanz im konservierten Präparat!) Unter dieser Voraussetzung ist die elektive Genese des Xanthoma symptomaticum bei Diabetes und Lebererkrankungen auf der gemeinsamen Grundlage einer Cholesterinämie verständlich. Sie liefert das Material zur Infiltration des Cholesterinfettsäureesters in die Xanthomzellen. Diese Xanthome stellen daher nicht eigentliche Neubildungen, sondern durch allgemeine Stoffwechselanomalien bedingte zellige Infiltrationszustände (von Bindegewebs-, Endothel- und einkernigen Wanderzellen) dar, die auch durch die direkte Abgabe des aufgespeicherten doppeltbrechenden Inhalts der Rückbildung fähig sind. Demgegenüber ist das „Xanthome en tumeurs“ ein wirkliches Neoplasma mit einer lokal bedingten und lokal ablaufenden Infiltration der Zellen mit doppeltbrechender Substanz.

Für die übrigen Xanthomformen, wenigstens soweit sie in allgemeiner Ausbreitung sich darstellen, ist eine Genese aus ähnlichen dyskrasischen Zuständen (Cholesterinämie) heraus, wie bei den Formen der ersten Art anzunehmen.

Der von SICK beschriebene „Schaumzellentumor“ der Haut ist als ein doppeltbrechende Substanz führendes Endotheliom zu deuten und gehört zur Gruppe der Xanthome en tumeurs. Analoge Schaumzellentumoren wurden von den Vortragenden an der Zunge (Schleimhaut und Muskulatur), an der Parotis und am Labium maius gefunden. (Originalreferat von L. PICK.)

Diskussion: ORGLER spricht die Substanz in den Zellen als Protagon an (TOUTON). Nach PICK mufs das Cholesterin in jedem Falle hier eine Rolle spielen, da neben den doppeltbrechenden Nadeln Cholesterinkristalle beschrieben und direkt zu sehen sind und die chemischen Untersuchungen der Wiener Forscher verschiedene „Protagone“ als Cholesterinfettsäureester erwiesen haben.

Fachzeitschriften.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VI, Heft 1.

Über die „Syphilis der Unschuldigen", von C. Bruhns-Berlin. Unter dem Ausdruck „Syphilis insontium" versteht der Verfasser alle solche Fälle, in denen bei einem Menschen eine syphilitische Ansteckung auftritt, ohne daſs für das betreffende Individuum vorher ein Grund oder die Möglichkeit vorhanden war, an eine Gelegenheit zur Ansteckung zu denken. B. schildert an einer Reihe von Beispielen aus der Praxis die Infektionsmöglichkeiten und weist darauf hin, daſs mit etwas Aufmerksamkeit der Gefahr der zufälligen Syphilisübertragung wohl ausgewichen werden kann.

Die deutschen Groſsstädte und unsere Gesellschaft. Eine statistische Zusammenstellung.

Heft 2.

Die Bedeutung des neuen Kurpfuschereibekämpfungs-Gesetzentwurfs für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Carl Alexander-Breslau. Zu dem Entwurf, welcher in § 3 das völlige Verbot der Behandlung von Tripper, Schanker und Syphilis durch nichtapprobierte Personen enthält, schlägt A. einige Ergänzungen vor.

Ein „Elternmerkblatt" über die geschlechtliche Aufklärung der Jugend. Entwürfe von E. Meirowsky-Breslau und William Stern und Clara Stern-Breslau.

Schourp-Danzig.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII, Heft 1.

Der ständige Kundenkreis der Prostitution, von Magnus Möller-Stockholm. Den ständigen Kundenkreis der Prostitution faſst M. als Parallelbegriff der Prostitution auf. Beide ergänzen sich in der Verbreitung ansteckender Geschlechtskrankheiten und sind gleichwertige Hauptfaktoren. Der Alkohol spielt bei der Stammkundschaft der Prostituierten eine groſse Rolle. Seine Bekämpfung bedeutet zugleich eine Bekämpfung der Prostitution.

Der Kampf um die Anstrebung der Reglementierung in Frankreich, von F. Morhardt-Paris. Darstellung der Geschichte des Abolitionismus in Frankreich, dessen Sieg der Verfasser erhofft.

Heft 2.

Prostitutionspolitik und Sittenpolizei, von Güth-Berlin. (Fortsetzung folgt.)

Das Animierkneipenwesen in Frankfurt a. M. Ein statistischer Versuch, von Th. Baer-Frankfurt a. M. Durch Unterstützung der Ortskrankenkasse konnte der Verfasser über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, über An- und Abmeldungen und damit über die Dauer der Arbeitsverhältnisse der Gasthofsgehilfinnen Aufschluſs erhalten. Es stellte sich heraus, daſs etwa der siebente Teil aller in den Animierkneipen angestellten weiblichen Personen mit Geschlechtskrankheiten behaftet war. Die Zahl stimmt genau überein mit der, welche Blaschko im Jahre 1890 aus den

Büchern der Ortskrankenkasse der Gastwirte in Berlin ermittelte — nämlich 13,5%. In beiden Statistiken bleibt die Feststellung weit hinter der Wirklichkeit zurück, da ein Teil der Erkrankungen auf Bitten der Patientinnen unter anderer Diagnose geführt wird, ein anderer Teil der Patientinnen sich privatim behandeln, ein dritter Teil aber überhaupt sich nicht behandeln läfst. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

April 1908.

Eine Form chronischer oberflächlicher Dermatitis in umschriebenen Herden mit symmetrischer Verteilung im Kindesalter, von H. G. Adamson. Unter Anführung von fünf bezüglichen Fällen, die bei Kindern im Alter von 4½ bis 10 Jahren zur Beobachtung kamen, beschreibt A. folgende Art von Hautaffektion. Dieselbe ist charakterisiert durch umschriebene, symmetrisch angeordnete, mit Hautentzündung verbundene Herde, welche auf Gesicht und Extremitäten, manchmal auch am Rumpf auftreten und trockene, mehr oder weniger schuppende Stellen von ½ bis mehreren Zoll im Durchmesser bilden. Bei genauer Besichtigung erkennt man, dafs die einzelnen Herde aus kleinen adhärenten Krusten, die aus ganz kleinen eingetrockneten Bläschen sich in der Hornschicht der Epidermis gebildet haben, bestehen; diese Pseudopapeln können zuweilen durch Schuppen oder sogar impetiginöse Krusten maskiert sein. Dieser Ausschlag ist gegen Behandlung aufserordentlich widerstandsfähig und kann jahrelang anhalten. Er ist zu unterscheiden vom herdförmigen Ekzema, vom sogenannten seborrhoischen Ekzema, von Lichen scrophulosorum und von der herdförmigen Parapsoriasis Brocqs; histologisch kann er letzterer zugerechnet werden, aber er entspricht keiner der klinischen Varietäten dieser Gruppe. Klinisch ist eine nahe Verwandtschaft mit Impetigo contagiosa, d. i. einer sehr chronischen Form derselben, auffallend, während bakteriologisch kein Beweis dieser Verwandtschaft zu konstatieren ist. Schematische Zeichnungen, welche in recht anschaulicher Weise die Verteilung der Effloreszenzen in den fünf beschriebenen Fällen darstellen, ergänzen vorliegende Arbeit. *Stern-München.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Band I, Heft 6.

1. **Eine neue Methode der Urethrotomia interna,** von F. P. Guiard. (Heft 5 und 6.) Ausführliche Studie, deren wesentlichen Inhalt der Verfasser in folgenden Sätzen zusammenfafst:

1. Gewisse Harnröhrenstrikturen (veraltete Fälle, resiliente, sehr ausgedehnte oder tiefgreifende, ring- oder halbringförmige Strikturen mit schweren Veränderungen der unteren Harnröhrenwand) lassen sich weder durch progressive Dilatation, noch durch die gewöhnliche Urethrotomia interna mit alleiniger Durchschneidung der oberen Harnröhrenwand beseitigen. Die mediane obere Inzision mufs in solchen Fällen durch multiple Inzisionen unten und an den Seitenwänden ergänzt werden.

2. Während die Inzision oben sehr tief, sogar über die Harnröhrenwand hinausgehen darf, ist seitlich und unten jeder Schnitt, der über die hier kaum 1 mm dicke Wand der Urethra hinausreicht, gefährlich; denn seitlich und unten bildet das Corpus cavernosum urethrae eine dicke Schicht erektilen, der Harnröhre eng anliegenden Gewebes, dessen Eröffnung zu schweren Hämorrhagien führen und bedenkliche Infektionen ermöglichen würde. Nach oben von der Harnröhre befinden sich nur einige unbedeutende Züge erektilen Gewebes, die sich im gefäfsarmen Septum der Corpora cavernosa penis verlieren.

3. Die neue Methode besteht in einer Kombination der klassischen medianen oberen Inzision mit einer doppelten Reihe sehr zahlreicher, genau 1 mm tiefer Schnitte, die seitlich und unten an der gespannten Harnröhrenwand gemacht werden.

4. Die mediane obere Inzision wird mit dem Maisonneuveschen Urethrotom (Klinge Nr. 23) ausgeführt. Für die Schnitte seitlich und unten wurden „Dilatations-Katheter-Urethrotome" hergestellt. Es sind das cylindrische Metallkatheter, die in ihrem geraden Teil an jeder Seite schlitzförmig gespalten sind und zwei dünne, dreieckige, an einem starken Schaft angebrachte Klingen enthalten; die Klingen ragen aus den Spalten, in denen sie mittels des Schaftes hin- und hergezogen werden können, nur 1 mm weit hervor. Am inneren Ende der Katheter befindet sich der gleiche Schraubengang wie am Maisonneuveschen Urethrotom. Man braucht zur Ausführung der Opération zwei solche Katheter, entsprechend den Nummern 42 und 50 der Beniquéschen Skala.

5. Der Gang der Operation ist folgender: Nach Ausführung der medianen oberen Inzision wird das Urethrotom bis auf die Einführungssonde herausgezogen und abgenommen und dafür das Katheter-Urethrotom Nr. 42 ohne die Klinge angeschraubt und eingeführt; sein äufseres Ende wird einem Assistenten zur Fixierung übergeben. Dann werden die Klingen eingelegt und, während der Penis mit der linken Hand stark gespannt wird, bis zum Ende der Spalten vorgeschoben und wieder zurückgezogen. Jetzt dreht der Assistent das Instrument ein wenig um seine Achse, worauf die Klingen abermals in Bewegung gesetzt werden. Dieses Manöver wird zehn- bis zwölfmal und selbst noch öfter wiederholt, dann wird das Instrument entfernt und dafür das Katheter-Urethrotom Nr. 50 eingeführt und nochmals eine gleich grofse Zahl von Inzisionen gemacht. Zum Schlufs wird ein Verweilkatheter Nr. 23, 24 oder 25 eingelegt. Das definitive Resultat ist eine Erweiterung auf mindestens 30° Charrière; der Effekt ist also ein weit gröfserer und aufserdem ein viel andauernderer als nach der alten Urethrotomie. Dabei sind die Inzisionen vollständig ungefährlich, da sie infolge der Konstruktion der Instrumente immer nur 1 mm tief gehen können.

6. Keines der bisher gebräuchlichen Instrumente von Civiale, Albarran, Bazy, Desnos usw. bietet eine solche Sicherheit, da bei ihnen der Operateur die Klingen nach Belieben stärker oder weniger stark hervortreten lassen kann und daher die Schnitte seitlich und unten leicht zu tief werden. Wenn trotzdem unangenehme Zufälle selten vorkommen, so liegt das daran, dafs beim Gebrauch dieser Instrumente eine Spannung der Urethra nicht möglich ist und infolgedessen die Klingen gewöhnlich sehr wenig tief eindringen; das Resultat ist dann aber auch nicht befriedigend und von kurzer Dauer.

7. Die Erfahrungen, die G. mit seiner Operation in 16 Fällen gemacht hat, sind vorzüglich. Die Heilung geht ebensogut vor sich wie bei der gewöhnlichen Urethrotomia interna, der Erfolg aber ist ein ungleich besserer; das beweisen insbesondere die Fälle, die zuerst nach der alten und dann nach der neuen Methode operiert worden sind.

Die Dilatations-Katheter-Urethrotome werden von Collin-Paris fabriziert.

2. **Spontane Heilung der Blennorrhoe nach Fieber,** von Wasserthal-Karlsbad. W. hat ebenso wie Noguès (*Ann. génito-urin.* 1907. Heft 17) zweimal Spontanheilung von Harnröhrenblennorrhoe nach interkurrenten fieberhaften Erkrankungen beobachtet; in dem einen Falle handelte es sich um einen akuten Tripper, der eine schwere fieberhafte Angina zum Verschwinden brachte, im zweiten Falle war es eine seit zwei Monaten bestehende Blennorrhoe der Pars anterior und posterior urethrae, die nach einer mit hohem Fieber einhergehenden Influenza vollständig geheilt war.

Dafs fieberhafte Affektionen eine wesentliche Besserung chronischer Blennorrhoen und zeitweises vollständiges Verschwinden der Gonokokken verursachen können, ist schon länger bekannt. Andererseits wurde auch schon starke Verschlimmerung einer bestehenden Blennorrhoe durch interkurrente fieberhafte Erkrankung, z. B. durch Typhus, beobachtet, und die Ausbreitung einer blennorrhoischen Infektion kann auch selbst zu sehr hohen Temperatursteigerungen führen.

Heft 7.

1. **Über die Entwicklung der Tunica muscularis der Harnblase und speziell über die Entwicklung der Muskulatur des Trigonums und des aus glatten Muskelfasern bestehenden Sphinkters,** von Ricardo Versari - Palermo. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Endogene Prostatasteine,** von Rochet und Moutot - Lyon. Bei einem 54jährigen Manne, bei dem seit sieben bis acht Jahren in unregelmäfsigen Zwischenräumen manchmal unter heftigen Schmerzen und zum Teil begleitet von leichten Hämaturien gröfsere und kleinere Steine durch die Urethra abgegangen waren, fanden die Verfasser bei der Untersuchung per rectum in der verhältnismäfsig kleinen Prostata zahlreiche harte, ganz wenig bewegliche Körper, während sich Blase, Ureteren und Nieren als gesund erwiesen. Es wurde demzufolge die Diagnose auf Prostatasteine gestellt. Der Mann, der in der letzten Zeit über ein Gefühl von Schwere in der Tiefe des Darmes klagte, hatte vor vielen Jahren eine Blennorrhoe durchgemacht, in der Pars bullosa der Harnröhre war eine Striktur vorhanden, der Urin enthielt Fäden. Da die Verfasser nach Inzision der Pars prostatica urethrae wie auch nach Inzision der Prostata selbst von unten her mehrmals die Entstehung hartnäckiger Fisteln beobachtet haben, wurde die Harnröhre mittels Urethrotomia externa an der verengten Stelle im Bulbus eröffnet; die tief im Innern der Drüse liegenden Steine wurden, während die Prostata vom Rektum her nach oben gedrängt wurde, mit einer durch die Harnröhrenwunde eingeführten Curette von innen herausgeholt. Die Wunde war nach 13 Tagen verheilt: die entfernten Steine, etwa 150 an Zahl, bestanden aus kohlensaurem Kalk mit Spuren von Oxalaten und Phosphaten, sie waren zweifellos in der Prostata selbst entstanden. Bei ihrer Bildung hat wohl die allerdings geringfügige chronische Entzündung der hinter der Striktur gelegenen Harnröhrenpartie eine Rolle gespielt. *Götz-München.*

Annales de thérápeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VIII, Nr. 7.

Untersuchungen über die Schwefelwasser bei der Quecksilberbehandlung, von A. Desmoulières und A. Chatin - Uriage. Zur Erklärung der Wirkung der Schwefelwasser bei der merkuriellen Behandlung der Syphilis führen Verfasser folgende Beobachtungen an: 1. Wenn man eine sehr verdünnte Sublimatlösung, z. B. 0,02 : 1000, mit Natrium - Monosulfid versetzt, so verfärbt sich die Lösung, aber es entsteht kein Niederschlag; hat man dagegen der Lösung Chlornatrium zugesetzt, (etwa in der Konzentration von 6 : 1000), so erfolgt sehr prompt ein Niederschlag von Schwefelquecksilber. — 2. Wenn man hingegen diesen Versuch in Gegenwart von Blutserum ausführt, so tritt auch bei Zusatz von Chlornatrium keine Fällung des Hg durch das Natrium - Monosulfid ein. — 3. Fällungen von Hg-Albuminat werden durch die in den Schwefelwassern enthaltenen Verbindungen noch viel energischer aufgelöst als durch NaCl, und das Lösungsvermögen ist um so gröfser, je weiter entfernt die Schwefelverbindungen auf der Skala von einer Oxydierung sich befinden. Mit anderen Worten: der Schwefelwasserstoff wirkt kräftiger als Sulfide, die Sulfide

mehr als die Hyposulfite, die Hyposulfite mehr als die Sulfite, während die Sulfate in dieser Hinsicht bedeutungslos sind. Demnach ist entgegen der bisherigen Auffassung, daſs die Schwefelwasser im menschlichen Organismus mit Hg die Bildung eines unlöslichen Salzes bewirken, gerade die Verhinderung von Hg-Niederschlägen der Hauptvorzug der Quellen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bücherbesprechungen.

Die Praxis der Hautkrankheiten. Unnas Lehren für Studierende und Ärzte zusammengefaſst und dargestellt von Iwan Bloch-Berlin. (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1908.) Von dem Werke Blochs kann man, wie nicht leicht von einem anderen neuerschienenen Buche, sagen: es füllt eine Lücke aus. Denn nicht nur Bloch, nicht nur die Dermatologen, sondern wohl alle Ärzte, die auch nur einigermaſsen die Literatur verfolgen, haben es schon als groſse Lücke empfunden, daſs eine systematische, zusammenhängende Darstellung der Lehren und Anschauungen Unnas nicht existiert. Unna erklärt in dem kurzen Vorwort, das er dem Buche mit auf den Weg gegeben hat, daſs er ein Lehrbuch überhaupt nicht oder doch erst als Abschluſs seiner Forschertätigkeit schreiben werde, weil ein Lehrbuch, dessen Abfassung ihm immer als eine der schwierigsten Aufgaben erschien, zugleich ein Testament des Forschers und das Dokument einer bestimmten Epoche pathologischer Anschauung darstellen soll. Wenn Bloch es daher unternommen hat, aus den Arbeiten Unnas ein Lehrbuch der Dermatologie zu formen, so hat er unseren aufrichtigen Dank verdient.

Das Werk Blochs würdigen hieſse in erster Linie Unna würdigen. Ist das an dieser Stelle nötig? Wir kennen doch alle die überragende Bedeutung Unnas, der von Anfang auſserhalb jeder Schule stehend eine neue Schule geschaffen, der die Dermatologie auf einen neuen Weg geführt, der uns alle zur Bewunderung der Genialität und Eigenart seiner Arbeiten, wie auch zum Staunen über seine unglaubliche Arbeitskraft gezwungen hat, wenn auch manche seiner Lehren vielfach bekämpft worden sind. Für Bloch aber bedeutet es das höchste Lob, daſs er diesem Manne und seinen Werken vollständig gerecht geworden ist. Sein Buch, das übrigens nicht nur auf den Arbeiten Unnas basiert, sondern auch die übrige moderne dermatologische Literatur berücksichtigt, ist für den Praktiker bestimmt, die praktischen Ziele der Diagnose und der Therapie sind in den Vordergrund gestellt, der Praktiker soll in ihm die wissenschaftliche Begründung der Diagnostik und Therapie finden. Im Sinne Unnas muſste dabei auf die allgemeine Dermatologie der Hauptwert gelegt werden, und besonders die Schilderung der allgemeinen Therapie, der Histotherapie, nimmt einen groſsen Raum ein. Schon dadurch, aber auch durch seine ganze übrige Anlage unterscheidet sich das Werk von den herkömmlichen dermatologischen Lehrbüchern. Es wäre zu wünschen, daſs die Kapitel über tinktorielle Histotechnik und mikroskopische Analyse, Morphologie, Biologie und Pathogenese der Hautkrankheiten und über allgemeine Therapie speziell von den praktischen Ärzten recht eifrig studiert werden, und daſs auch in Vorlesungen und Kliniken die allgemeine Dermatologie als wissenschaftliche Grundlage der gesamten Dermatologie mehr in den Vordergrund tritt; dann könnte und müſste die kritik- und systemlose Behandlung der Hautkrankheiten, wie sie leider von praktischen Ärzten noch vielfach geübt wird, aufhören. —

Als Anhang enthält das Buch eine von PAUL WICHMANN-Hamburg verfaſste, kurzgedrängte, ungemein instruktive Einführung in die Finsen-Röntgen-Radiumtherapie.

Auf das Lehrbuch der Dermatologie von UNNA werden wir hoffentlich nicht vergeblich, aber doch noch recht lange warten müssen. Einstweilen aber wollen wir uns des BLOCHschen Werkes erfreuen; wenn dieses erst in der Bibliothek jedes deutschsprechenden Arztes vorhanden ist, dann hat es die Verbreitung gefunden, die ihm gebührt. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Traumatische Entzündungen.

Über die Veränderungen der Nervenzellen nach umschriebenen Verbrennungen der Haut, von RIGHETTI. (*Lo Sperimentale,* Heft VI, 1907.) Nach umschriebenen und auf die Schichten der Haut sich beschränkenden Verbrennungen kommt es beim Hunde und beim Kaninchen zu Veränderungen in den Nervenzellen des Rückenmarkes, des Sympathicus und des Vorderhorns des Markes, entsprechend den Metameren der der Verbrennung ausgesetzten Hautbezirke. Weitaus am schwersten sind die spinalen Nervenzellen betroffen; zirka 20 Tage nach dem Trauma sind die meisten veränderten Zellen in Auflösung begriffen. Hand in Hand mit dieser Zerstörung geht eine Proliferation der Kerne in den Kapseln, die in unmittelbarer Beziehung zu den veränderten Zellen stehen. Von diesen Kapselkernen geht die Regeneration der zerstörten Elemente aus. Tritt an Stelle der Verbrennung eine Abtragung eines gleich groſsen Hautbezirkes mit dem Messer, so resultieren daraus nur Läsionen der entsprechenden spinalen Ganglien und zwar sind diese Läsionen ganz leichter Art; zu einer Proliferation der Kapselkerne kommt es nicht. Vielleicht kommt im letzteren Falle der Umstand in Betracht, daſs vom lädierten Herde aus toxische Produkte auf dem Nervenwege nach den Nervenzellen verschleppt werden. *C. Müller-Nyon.*

Behandlung eines Falles von Brandnarben mit Fibrolysin, von HIRTLER-Metz. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 41.) Bei einer 36jährigen Frau entwickelte sich nach einer ausgedehnten Verbrennung starke Narbenbildung am rechten Bein. Das Kniegelenk konnte fast garnicht bewegt werden und stand in einem Winkel von 30° gebeugt; durch Verkürzung der Narben am Unterschenkel stand der Fuſs in Spitzfuſsstellung. Es wurden nun anfänglich nur Einspritzungen von Fibrolysin (jeden zweiten Tag 2,3 ccm) gemacht. Schon nach 15 Einspritzungen zeigte sich ein Weichwerden der Narben, deren Empfindlichkeit sehr rasch abnahm. Die alsdann angewandte mediko-mechanische Behandlung in Verbindung mit Stauungshyperämie brachte eine stetige Zunahme der Beweglichkeit. Nach 50 Einspritzungen kann das Knie vollständig durchgedrückt werden, das Abrollen des Fuſses ist nur wenig behindert, die Narben sind weich, reiſsen nicht mehr ein und verursachen keine Schmerzen. Die Einspritzungen des Fibrolysins waren schmerzlos; Entzündungserscheinungen nach den Injektionen fehlten. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Heiſse Luft als Behandlungsmittel der Frostbeulen in der Volksmedizin, Von HORNUNG-Schloſs Marbach. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 31.) Frostbeulen der Füſse wurden in den Jugendjahren des Verfassers bei ihm selbst dadurch be-

handelt, daſs sie mit Steinöl eingerieben und längere Zeit der Ofenflamme möglichst nahe gebracht wurden. Auch feuchte Wärme wird vielfach angewendet in der Form heiſser Umschläge mit Heublumen oder Kamillenabkochungen.

Carl Schramm-Dortmund.

Mikroskopische traumatische Gangrän, von Wallace Beveridge-New York. (*New York med. Journ.* 16. Nov. 1907.) Es wurde von Seite sehr bedeutender Chirurgen die Beobachtung gemacht, daſs bei gröſseren Operationen, besonders Laparotomien, welche länger als zwei Stunden bis zur Schlieſsung der Wunde brauchten, trotz peinlichster Asepsis Eiter unter der Inzisionsstelle gefunden wurde; gleichzeitig besteht leichte Temperatursteigerung infolge von Toxinen, die aus abgestorbenen Fettzellen, Bindegewebs- und Epithelzellen entstehen und dieselbe Wirkung, wie die von toten Bakterien stammenden Toxine haben. Verfasser glaubt den Grund für diese geringe Eiterbildung, welche nur die Haut- und nicht die an Blutzufuhr und Nerven reichere Muskelschicht betrifft, darauf zurückzuführen, daſs die Wundränder zulange offen gehalten wurden und dadurch Zerfall der Zellen des Fettgewebes, d. i. traumatische mikroskopische Gangrän und weiterhin pathologische Bildung sterilen Eiters resultiert. Die Reinkulturen auf Agarplatten, Gelatine, Blutserum geben negative Resultate, ein Beweis, daſs es sich um sterilen Eiter handelt. B. kann sich die Bildung desselben nur mit der erwähnten Art von Gewebstod erklären.

Stern-München.

Ein Fall von Gangrän infolge von Karbolumschlägen, von A. C. D. Firth-London. (*Lancet.* 11. Jan. 1908.) Ein 16jähriges Fabrikmädchen erhielt durch einen Laien wegen Fingerverletzung einen Karbolwasserverband, der 15 Stunden liegen blieb. Es war schlieſslich die Entfernung des ganzen Fingers nötig.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Phenolgangrän, von George B. Worthington-Marysville. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 50, Nr. 6.) Nach einer Maschinenverletzung wurde einem 25jährigen Manne ein Verband gemacht, der mit einer eine unbestimmte Menge von Karbolsäure enthaltenden Arnikatinktur getränkt war. Innerhalb von zwei Tage trat eine typische Karbolgangrän auf, welche die Absetzung des betreffenden Daumen erforderte.

Schourp-Danzig.

Hodenhautgangrän nach Gebrauch von Jodtinktur, von Oscar Hanasiewicz-Güns. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 51.) Bei einem 27jährigen, sonst gesunden Manne war ohne nachweisbare Ursache Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Hoden aufgetreten, weshalb vom Arzte Bleiwasserumschläge und Pinselungen mit Jodtinktur verordnet wurden. Dabei wurden die Erscheinungen bedeutend schlimmer, und der Patient muſste die Klinik aufsuchen. Hier wurde alsbald die ganze vordere Fläche des Skrotums gangränös, die Haut löste sich lappenförmig ab und schlieſslich lagen beide Hoden in groſser Ausdehnung vollständig frei. Unter Behandlung mit 3%iger Wasserstoffsuperoxydlösung bildeten sich dichtstehende Granulationen, welche die Hoden überwucherten; den Hautdefekt deckte H. durch Thierschsche Transplantation. — Die Gangrän war zweifellos durch die Pinselungen mit Jodtinktur verursacht. Ein derartiger Effekt wird bei akuten Entzündungen durch Gebrauch äuſserlich hyperämisierender Mittel, zu denen auch die Jodtinktur gehört, öfter herbeigeführt; diese sollten daher bei akuten Entzündungen ganz vermieden werden.

Götz-München.

Über einen Fall von akuter Dermatitis durch Buttercouleur, von Pflanz. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 40.) Bei einem 28jährigen Mann entstand eine heftige Hautentzündung auf der Innenseite der beiden Oberschenkel und auf der Beugeseite des linken Armes bis zur Mitte des Oberarmes. Diese Entzündung wurde dadurch her-

vorgerufen, dafs beim Umgiefsen von Butterfarbe (Orangegelb) in andere Gefäfse etwas von derselben dem Patienten über die Beine und dem linken Arm gelaufen ist. Die genaue Untersuchung einer Probe der Butterfarbe ergab, dafs diese keine Anilinverbindung enthielt, sondern ein Extrakt aus dem Samen der Bixa orellana darstellte. Als Lösungsmittel für die Farbe fand sich bei der Analyse Natronlauge (1 ccm des Extraktes entsprach 1 ccm einer 1/10 Normalnatronlauge). Die weiteren Untersuchungen zeigten, dafs selbst der reine unverdünnte Farbstoff Orlean nicht imstande ist, auf der Haut Reizerscheinungen hervorzurufen. Diese werden vielmehr durch den Gehalt der Butterfarbe an Natronlauge verursacht.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Schädigungen durch Kunstdünger im landwirtschaftlichen Betriebe, von M. Mayer-Simmern. (*Ärztl. Sachverst.-Ztg.* 1907. Nr. 13.) Bei einem Arbeiter, der sich mit Streuen von Kainit ($KCl+MgSO_4$), einem Düngemittel, beschäftigt hatte, entwickelte sich an der Stelle der Haut, wo er mit dem beschmutzten Finger gekratzt hatte, eine Blase. Bei einem Mädchen, dem vor 14 Tagen Kalk ins Auge geflogen war, war aufser Conjunktivitis ein 1 cm breiter, 3 mm hoher Substanzverlust unter dem unteren Augenlidrand zu konstatieren, der sich aus einer entzündlichen erhabenen Schwellung gebildet haben soll. Von anderen sind Phlegmonen gleicher Ätiologie beschrieben. Die Ursache dieser Verschiedenheiten (Blase, Pustel, Nekrose) ist dunkel.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein weiterer Fall von Dermatitis nach dem Gebrauch des Haarwassers „Javol“, von E. Aschenheim-München. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 47.) Die Affektion breitete sich über das ganze Gesicht und einen Teil des Halses aus, war mit Fieber bis 38,1° verbunden und war erst in etwa 14 Tagen wieder geheilt. Dafs das Haarwasser die Ursache der Störung war, erscheint unzweifelhaft.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Neurotische Entzündungen.

Über Blaseneruptionen an der Haut bei zentralen Affektionen des Nervensystems, von H. Schlesinger-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 27.) In der Literatur hat Verfasser verschiedentlich Berichte angetroffen, in denen Fälle von Blasenbildung auf der Haut bei cerebralen Leiden als Pemphigus gedeutet wurden und in Beziehung gebracht wurden zu der vorhandenen Nerven- resp. Gehirn- und Rückenmarksläsion. Nach S. sind indessen Blaseneruptionen dieser Art vom Pemphigus glatt zu unterscheiden. Sie sind im Gegensatz zu letzterer entschieden gutartiger Natur; sie zeigen eine definitive Lokalisation dem betroffenen Teile entsprechend, bei Cerebralaffektionen z. B. halbseitig am Körper; dabei bevorzugen die Blasen solche Stellen, welche auch Sensibilitätsstörungen aufweisen. An Zahl ist die Blasenentwickelung zumeist geringer als beim eigentlichen Pemphigus, und es sind noch einige andere Abweichungen zu konstatieren. Als Paradigma für diesen unechten Pemphigus wird die Krankengeschichte einer 63jährigen Frau mitgeteilt, welche nach apoplektischem Insult an der gelähmten Körperhälfte im Laufe einiger Wochen schubweise eine ziemlich stark entwickelte, schliefslich völlig zur Heilung gelangte Blasenbildung darbot. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Klinische Beobachtungen über einige der selteneren Varietäten vesikulärer und bullöser Hautaffektionen, von W. Allan Jamieson-Edinburg. (*Edinb. med. Journ.* Januar 1908.) Von den fünf Fällen seltener Varietäten genannter Hautkrankheiten betraf der erste einen abnorm verlaufenden Herpes zoster, welcher symmetrisch auf beiden Seiten beinahe des ganzen Körpers vorhanden war, kein be-

sonders heftiges Jucken oder Schmerzen verursachte und nach vier Tagen wieder verschwunden war. In dem zweiten Falle handelte es sich um eine ungewöhnlich heftige Form von Dermatitis herpetiformis bei einer 50jährigen Haushälterin, welche viele Monate an der Krankheit litt, durch Arsenik wenig gebessert wurde und schliefslich durch Eisenpräparate und äufsere Applikation von Ichthyolpaste bedeutende Besserung erzielte. Die anderen Fälle betrafen einen schweren Pemphigus foliaceus bei einer 28jährigen Frau mit tötlichem Ausgang, einen Pemphigus vegetans bei einer 55jährigen und einen Fall von Lichen planus mit gleichzeitigen bullösen Effloreszenzen bei einer 35jährigen Frau, wo jedoch der Verlauf des Leidens nicht weiter beobachtet werden konnte. Bezüglich der näheren Einzelheiten mufs auf die Originalarbeit, welche eine genaue Analyse der Fälle bringt, verwiesen werden. *Stern-München.*

Ein Fall von Erythromelalgie kombiniert mit BASEDOWscher Krankheit, von ENGELEN-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Der 20jährige Patient kam wegen der Schmerzen, welche an den Händen infolge von Wärmeeinwirkungen, aber auch scheinbar spontan von Zeit zu Zeit auftraten, in Behandlung. Objektiv war bei diesen Attacken eine purpurrote Färbung der ganzen Hände mit eingestreuten, leicht cyanotischen Stellen zu konstatieren. In der Zwischenzeit sind die Hände auch etwas intensiver gefärbt, als meistens der Fall ist. Daneben fiel ein mäfsiger Tumor der Hände auf, und beim weiteren Untersuchen konstatierte E. eine etwas vermehrte Pulsfrequenz (78), deutliche Struma, GRAEFEsches Symptom und Verminderung der Muskelkraft. Patient gab an, seit etwa drei Wochen anfallsweise an Herzklopfen zu leiden. Verfasser schildert diesen Fall als Stütze für die Annahme, dafs sowohl Erythromelalgie wie M. Basedowii ihre Ursache in Veränderungen des Bulbus medullae haben dürften. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Erythromelalgie, von R. G. HANN - Leeds. (*Lancet.* 26. Okt. 1907.) Verfasser berichtet über eine 50jährige kinderlose Bäckersfrau, welche verschiedentliche Krankheiten durchgemacht hatte, unter anderen auch eine Gehirnerschütterung bei einem Eisenbahnunfall. Bald nachher trat eine schmerzhafte Schwellung der Hacke ein, und es soll der Verlauf ganz ähnlich der von H. beobachteten Erkrankung gewesen sein, nur von kürzerer Dauer. Bei der späteren Krankheit wurden nacheinander beide Füfse und beide Hände affiziert. Dabei war der Schmerz das erste Krankheitssymptom, später folgte, allerdings noch mit Steigerung der Beschwerden, eine rosafarbene Rötung und Schwellung; als drittes Stadium war das der Abnahme der Schmerzen und einer mehr bräunlichen Färbung zu verzeichnen. Von Seiten des arteriellen und des zentralen Nervensystems war nichts abnormes nachzuweisen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über drei Fälle von Herpes zoster, von CARINI. (*Il Morgagni.* 1907. Nr. 5.) In morphologischer Beziehung weisen diese drei Fälle gar nichts besonderes auf. Hervorzuheben ist bei denselben nur, dafs sie in kurzen Zwischenräumen bei Mitgliedern derselben Familie aufgetreten sind. Es drängte sich somit die Frage auf, ob es sich nicht um eine Ansteckung gehandelt hat. Da in der Familie aber eine Disposition zur Tuberkulose herrschte, glaubt der Verfasser an Stelle der Kontagiosität die hereditäre Beanlagung inkriminieren zu dürfen. *C. Müller-Nyon.*

Trauma der Schulter; Herpes zoster; Influenza, von J. ALLAN-Kidderminster. (*Lancet.* 20. Juli 1907.) Ein 18jähriger Bursche kam wegen Kontusion der Schulter in Behandlung; am fünften Krankheitstage entwickelte sich an der Brust und dem Ober- oder Vorderarm ein deutlicher Herpesausschlag. Nach weiteren fünf Tagen traten Symptome von Influenza auf und am nächsten Tage unter Temperatursteigerung bis 39,9° ein skarlatiniformer Ausschlag am Rumpfe. Heilung erfolgte ohne

Abschuppung. Der ätiologische Zusammenhang ist nicht ganz klar. Vielleicht spielte Natrium salicylicum eine Rolle bei dem Exanthem. (Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Neue Beobachtung eines einem Wurzelgebiete entsprechenden Herpes zoster des Armes, von N. Collet. (*Lyon méd.* 1907. Nr. 25.) Beschreibung eines Falles von Herpes zoster, der in der Hauptsache auf dem von der ersten Wurzel des Dorsalmarks versorgten Gebiete, auf der Brustwand zwischen Sternum und rechter Achselhöhle und auf der vorderen inneren Partie des rechten Armes lokalisiert. Vor, während und nach der Eruption des Bläschenausschlags bestanden heftige Schmerzen im rechten Arm und in der rechten Schulter, die Kraft der Beugemuskel war beträchtlich herabgesetzt, die erkrankte Hautpartie deutlich hypästhetisch; in der Höhe des dritten Brustwirbels fand sich ein schmerzempfindlicher Punkt, rechts trat leichter Exophthalmus auf. Nach dem Gebrauch von Methylsalicylat und Jodkalium eine Besserung nicht gebracht hatte, wurde der Patient einer Schmierkur unterworfen, die zu rasch fortschreitender Besserung führte. Die Affektion war demzufolge luetischer Natur. Der Exophthalmus muſs wohl auf eine Reizung des entsprechenden Verbindungszweiges des Nervus sympathicus bezogen werden. *Götz-München.*

Über Hydroa vacciniforme und Frühjahrskatarrh, von Kreibich-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 42.) Der Frühjahrskatarrh kommt durch Lichtwirkung zu stande und heilt am besten durch Lichtabschluſs. Auch das Sonnenekzem, welches Veiel zuerst einwandsfrei beschrieb, ist jetzt eine sicher bestehende, wenn auch seltene Krankheit. Ebenso selten ist jene Disposition, die zum Bilde der Sommerprurigo, und zur Hydroa vacciniforme führt. Klinisch charakterisiert sich die Sommerprurigo als ein chronisches Kratzekzem, es findet sich neben dem Ekzem Jucken und das fortgesetzte Kratzen führt zur Hautverdickung, Quadrillierung, kurz zur Lichenifikation. Diese Disposition hält Monate und Jahre an, die Veränderungen sind typisch und schwinden in wenig hellen Zimmern ohne äuſsere Behandlung. In solchen Fällen findet sich auch Frühjahrskatarrh, wie ihn Verfasser bei einem achtjährigen Mädchen mit Freibleiben der Conjunktiva beobachtete.

Bernhard Schulze-Kiel.

Hydroa vacciniformis, Sommerprurigo, von J. Philipp Kanoky-Kansas City. *Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 21.) Bei einem jetzt achtjährigen Mädchen wiederholt sich das Auftreten der Affektion seit vier Jahren in jedem Sommer unter ständiger Steigerung der Beschwerden. *Schourp-Danzig.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Hydroa vacciniformis (Bazin), von Paul Bonnécaze. (*Thèse de Toulouse.* 1906. Nr. 687.) Die Hydroa vacciniformis ist nur als ein Symptom aufzufassen, als ein spezifischer Reaktionsmodus der kongenital prädisponierten und spezifisch gereizten Haut. Diesen spezifischen Reiz übt das Sonnen- oder das elektrische Licht aus, wenigstens geht dies aus allen klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen hervor. Die Hydroa vacciniformis ist aber nicht die einzige Reaktion der Haut gegen Licht; sie gehört zu einer Gruppe von Dermatosen, die als rezidivierende Sommereruptionen bezeichnet werden, eine gemeinsame Ätiologie besitzen, aber dadurch wesentlich von einander verschieden sind, daſs die Hydroa vacciniformis stets Narben hinterläſst, was bei jenen anderen Eruptionen nie der Fall ist. Man soll deshalb bei der Bezeichnung von Bazin bleiben: Hydroa vacciniformis, da die andere vorgeschlagene Bezeichnung: Sommereruption (Hutchinson) zu Verwechslungen Veranlassung geben kann. Endlich ist die Hydroa vacciniformis auch anatomisch charakterisiert durch den nekrotischen Charakter der Läsionen und durch die Heilung mit Bildung bleibender Narben.

Fritz Loeb-München.

Akute Exantheme.

Das Verhalten des arteriellen Blutdruckes bei den akuten Infektionskrankheiten, von Kurt Weigert. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1907.) Bei den akuten Infektionskrankheiten ist fast ausnahmslos eine Bludrucksenkung zu beobachten: nur während der Eruption bei den exanthematischen Krankheiten scheint Drucksteigerung vorzukommen. *Fritz Loeb-München.*

Klinische Beobachtungen bei akuten Infektionskrankheiten, von Louis Fischer. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 26.) Hinweis auf die Komplikationen, welche z. B. bei Scharlach durch Herzstörungen eintreten können. F. verlangt bei Scharlach unbedingte Bettruhe, bis Pulsfrequenz und Körpertemperatur völlig regelrecht sind. *Schourp-Danzig.*

Ein Reglement gegen den englischen Schweifs (Sudor anglicus), mitgeteilt von K. Sudhoff. (*Arch. f. Gesch. d. Medizin*, Bd. I, Heft I.) Das Original zu dem hier abgedruckten fliegenden Blatte aus dem Jahre 1526 findet sich in der grofsen Sammlung von Einblattdrucken in der Münchener Hof- und Staatsbibliothek (Einblatt 8, 14). *Arthur Schucht-Danzig.*

Materneller Scharlach und Säugling, von Louis Lemarquand. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 450.) Scharlacherkrankungen im ersten Lebensjahr gehören nicht zu den Seltenheiten. Der Säugling kann an der Brust einer Frau gelassen werden, wenn sie scharlachkrank wird und bleibt im allgemeinen von der Krankheit verschont. Die Theorie der passiven Immunisierung des Kindes durch die Muttermilch scheint dem Verfasser zur Erklärung dieser Tatsache die plausibelste zu sein, ohne dafs sie als bewiesen gelten kann. *Fritz Loeb-München.*

Zur Kasuistik des rezidivierenden und hämorrhagischen Scharlach, von A. Poletaew. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1907. Nr. 34.) In dem einen Fall trat bei dem sechsjährigen Scharlachpatienten, am 14. Erkrankungstage, unter Temperatursteigerung ein neues Scharlacherythem auf, welches zwar die Krankheitsdauer verlängerte, aber sonst ohne Folgen blieb; in dem andern Fall trat aber bei einem neunjährigen Knaben, gleichfalls am 14. Erkrankungstage, zuerst blutiger Ausflufs aus den Ohren und der Nase, darauf blutiger Urin und endlich blutiger Stuhl ein, welche Erscheinungen zum Exitus letalis führten. *Arthur Jordan-Moskau.*

Umfrage über Scharlach. (*Arch. of Pediatrics.* 1907. Nr. 70.)

Ludwig Hektoen-Chicago bestätigt aus seinen Beobachtungen die Erfahrungen anderer Autoren, dafs in letal verlaufenen Scharlachfällen in der Mehrzahl allgemeine Streptokokkeninfektion besteht. Zweifellos ist der Zusammenhang des Scharlachs mit Streptokokken von grofser Wichtigkeit.

John M. Dodson-Chicago verbreitet sich über die Differentialdiagnose zwischen Rubeola und Skarlatina und zwischen anderen Hautexanthemen und Scharlach.

M. Hatfield-Chicago spricht über atypische Scharlachfälle; über die Prophylaxe und die Behandlung des Scharlachs berichten H. Spalding und A. C. Cotton. Letzterer gibt im Anfang der Erkrankung mäfsig grofse Dosen von Kalomel und vermeidet alle Antipyretika wegen der Nachwirkung auf das Herz. Das Jucken der Haut bei der Desquamation beeinflufst er günstig durch Abtupfen mit einer Lösung von Karbolsäure und Eukalyptustinktur, welcher noch 1—2% Acid. salicylicum zugesetzt werden kann.

William L. Baum erinnert an die Beziehung der Verminderung der Leukocyten zur Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Masern.

H. W. Cheney sah gute Erfolge von der Behandlung mit Mosers Serum in Wien, wo durch diese die Sterblichkeit an Scharlach von 15% auf 9% zurückging.

H. G. Vaughan-Oak Park berichtet von einer Scharlachepidemie in den Vorstädten und führt die Möglichkeit der Verbreitung durch infizierte Milch an.

Schourp-Danzig.

Eine Vermutung zur Erklärung der Entlassungsinfektionen bei Scarlatina, von W. Habgood. (*Brit. med. Journ.* 14. Dez. 1907.) H. glaubt, dafs die Infektionskeime des Scharlach sich wohl sehr lange in latenter Weise auf der Schleimhaut lebensfähig erhalten können, und dafs sie durch Erkältungseinflüsse oder anderen Ursachen wieder zur Virulenz angeregt werden dürften. Er berichtet über zwei Fälle von Scharlacherkrankung bei Kindern, deren Geschwister nach längerer Quarantäne aus dem Scharlachhospital nach Hause zurückgekehrt waren. Bei beiden entlassenen Fällen war erst längerer Zeit nach ihrer Heimkehr ein Katarrh der Nasenschleimhaut aufgetreten, worauf sich die Erkrankung der anderen Kinder einstellte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fieber bei anscheinend gesunden Individuen nach Berührung mit Scharlachfällen, von B. Thornton-Margate. (*Brit. med. Journ.* 29. Febr. 1908.) In einer Schule von 301 Mädchen erkrankten zwei und wurden sogleich isoliert. Die übrigen erhielten täglich zur Prophylaxe einen Rachenspray von Sublimatlösung (0,5 ‰). Die bei diesen 299 Kindern sogleich und an den folgenden Tagen vorgenommenen Temperaturbestimmungen ergaben bei 131 derselben Steigerungen von 37,2° und darüber, bei 29 sogar solche zwischen 37,8° und 38,3°. Sonstige Symptome fehlten, und nach einigen Tagen waren die Temperaturen durchweg normal. Verfasser deutet die Erscheinung als eine durch den gesunden Organismus ohne weitere Störung überwundene leichte Scharlachinfektion. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die zweifelhafte Bedeutung der Abschuppung für die Verbreitung des Scharlachs. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 24.) Dafs durch die Epidermisschuppen eines Scharlachrekonvaleszenten an sich die Krankheit auf andere übertragen werden kann, ist nicht erwiesen und auch durchaus nicht wahrscheinlich. Allerdings können Schuppen, die vom Gesicht oder Hals oder von den Händen stammen, ebensogut wie Kleider oder irgendwelche Gegenstände, die ein Scharlachrekonvaleszent getragen oder gebraucht hat, durch ausgehusteten oder ausgespuckten Schleim oder Speichel mit Infektionskeime versehen und auf diese Weise gefährlich werden; für gründliche Desinfektion der Mund- und Rachenhöhle von Scharlachkranken und Scharlachrekonvaleszenten zu sorgen ist daher im Interesse der Prophylaxe des Scharlachs viel wichtiger als besondere Vorsichtsmafsregeln für das Desquamationsstadium zu treffen.

Götz-München.

Über Streptokokkenerytheme und ihre Beziehungen zum Scharlach, von G. Gabritschewski-Moskau (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 18.) Durch eine Reihe von Auszügen aus der Literatur bestätigt Verfasser die Beobachtung, dafs Streptokokken imstande sind, bei septischen Infektionsformen scharlachähnliche Erytheme und Exantheme zu erzeugen. Ferner führt er verschiedene Berichte an über die nach Verwendung der von ihm empfohlenen Scharlachstreptokokkenvaccine durch einige Autoren konstatierten Ausschläge, welche scharlachartigen Charakter darboten. Dieser Vaccinationsscharlach zeigte scharlachartige Symptome (Fieber, Exanthem, Angina, Erbrechen) oft unmittelbar nach der Injektion; das Exanthem war aber geringer als beim echten Scharlach, und die Gesamterscheinungen waren überhaupt gelinder, zeigten auch sonst mancherlei Abweichungen vom echten Scharlach. G. hält aber dafür, dafs die Wirkung der Scharlachstreptokokkenvaccine beim Menschen einen entscheidenden Faktor repräsentiert für die Anerkennung des Streptococcus als des spezifischen Scharlacherregers. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Einfluſs des Schulbesuchs auf die Verbreitung von Scharlach, von B. K. Goldsmith-Manchester. (*Lancet.* 29. Juni 1907.) Aus einer kritischen Bearbeitung eines statistischen Materials von über 19000 Fällen zieht Verfasser den Schluſs, daſs in der Tat die durch den Schulbesuch verursachte Annäherung der Kinder eine Steigerung der Zahl der Scharlacherkrankungen im Gefolge hat. Er weist nach, daſs während der Ferien die Erkrankungsziffer (mit Ausnahme vereinzelter Jahrgänge mit epidemischer Verbreitung der Krankheit) gegenüber der Zeit des Schulbesuchs eine deutliche Verminderung und stetige Abnahme entsprechend der längeren Dauer der Ferien aufweist. Wenige (vier) Tage nach dem Schulbeginn kann man auf ein deutliches Emporschnellen der Erkrankungsziffer rechnen. Auch während der Zeit des Unterrichtes ist wochenweise ein Unterschied zu konstatieren, indem der Freitag und Sonnabend die meisten Erkrankungen verzeichnen und die sonntägliche Unterbrechung einen Rückgang der Infektionen erkennen läſst. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Scharlach und Dukes Krankheit, von A. C. Cotton-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 17.) Differentialdiagnostisch unterscheidet sich die Dukes Krankheit vom Scharlach durch die lange Inkubationszeit von ein bis drei Wochen, durch das Fehlen von Brechreiz, durch die geringe Temperatursteigerung von kurzer Dauer, durch das Fehlen der Scharlachzunge, und der Abschuppung, die Abwesenheit von Komplikationen und der Leukocytose. *Schourp-Danzig.*

Studien über die bei einer Serie von 550 Scharlachfällen im Grove-Hospital London beobachteten Komplikationen, von R. P. Beatty-London. (*Dublin. Journ.* 1907.) Enthält Krankengeschichten und statistische Angaben. Die Mortalität belief sich auf 2% (elf Fälle). Von Komplikationen wurden besprochen Nephritis, Adenitis, ein Fall von Laryngitis, Rhinitis und Otorrhoe, ferner Rheumatismus, Vulvitis, Pneumonie, Endokarditis und Stomatitis. Die renalen Erscheinungen stellten sich vorwiegend bei denjenigen Fällen ein, wo septische Entzündung des Rachens und der Lymphdrüsen bestand. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über gleichzeitiges Vorkommen von Scharlach und Varicellen bei demselben Individuum und die Beeinflussung des Krankheitsverlaufes der einen Krankheit durch die andere, von Vera Gurewitsch-Axelrod. (Inaug.-Dissert. Zürich 1907.) Der Arbeit liegen vier Fälle zu Grunde. Eine Beeinflussung der einen Krankheit durch die andere scheint in diesen Fällen nicht stattgefunden zu haben. *Fritz Loeb-München.*

Scharlach und Nephritis, (*Morgagni.* 14. März 1908.) Turner hat über diesen Gegenstand seine Erfahrungen im *Metropolitan Asylums Board* niedergelegt. Nach seiner Statistik, die sich über eine groſse Menge von Fällen erstreckt, betrug die Mortalität an Scharlachnephritis 16%, bei einer totalen Mortalität von 1% an Scharlach überhaupt. Die niederen Altersstufen liefern die gröſste Sterblichkeit. Die Scharlachnephritis weist einige Eigentümlichkeiten auf. Vor allem zeichnet sie sich durch das relativ seltene Vorkommen von Ödemen aus; dagegen kommt es vor, daſs solche sich einstellen, wo man sie am wenigsten erwarten würde, nämlich bei spärlicher Albuminurie und spärlicher oder fehlender Cylindrurie. In pathologisch-anatomischer Hinsicht charakterisiert sich die Scharlachnephritis als eine akute interstizielle Entzündung, es ist aber keineswegs richtig, daſs das häufigste Vorkommnis eine rote groſse Niere ist, vielmehr trifft man meist die groſse weiſse Niere mit roten Streifen und Flecken an. Eine Beziehung der akuten Scharlachnephritis zur chronischen Nephritis der Erwachsenen besteht entschieden und ist sogar ein sehr häufiges Vorkommnis. *C. Müller-Nyon.*

Zur Anwendung der präventiven Impfungen gegen Scharlach in der Landpraxis, von Liefschütz-Luga. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 43 und 44.) Nach

einer literarischen Übersicht über die, bereits in verschiedenen Dörfern mit gutem Resultat angewandten, Präventivimpfungen gegen Scharlach mit der GABRITSCHEWSKYschen Streptokokkenvaccine, beschreibt Verfasser seine eigenen, derartigen Versuche, die er in drei Dörfern des Lugaschen Kreises an 170 Kindern im Alter von 1—16 Jahren angestellt hat. Er spritzte, je nach dem Alter der Kinder, 0,1—0,5 Vaccine unter die Rückenhaut ein. In der Regel werden die Kinder etwa fünf bis sechs Stunden nach der Einspritzung mifsmutig, schläfrig und zeigen eine leichte Temperatursteigerung bis zu 38°; in anderen Fällen steigt das Fieber höher bis zu 39°, und es kann auch zu Erbrechen, Angina und Auftreten eines skarlatiniformen Ausschlags kommen. Immer aber, falls nicht die Impfung an bereits im Inkubationsstadium des Scharlachs befindlichen Kindern vorgenommen wurde, gehen die Erscheinungen in zwei bis drei Tagen zurück und nur eine Härte an der Impfstelle bleibt noch für längere Zeit nach. Nach dem Rat von GABRITSCHEWSKY soll die Impfung nach je sieben Tagen noch zweimal wiederholt werden, jedoch gingen die Bauern nur ausnahmsweise darauf ein. Trotzdem konnte Verfasser, gleich den anderen Experimentatoren, ein Erlöschen der schon längere Zeit in den drei Dörfern bestehenden Scharlachepidemie beobachten. In Bezug auf die Dauer der Immunität, welche nach fünf Tagen eintritt, kann Verfasser, bei der zu kurzen Beobachtungszeit, noch keine Angaben machen; nach weiland GABRITSCHEWSKY soll sie 12—16 Monate andauern. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zur Statistik der Scharlachheilserumtherapie, von W. GULÁWSKI-Radziejow. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 30. Jan. 1908.) Mit dem von BUJWID in Krakau durch Immunisierung von Pferden gewonnenen Serum hat P. insgesamt 69 Fälle behandelt. Von diesen waren 35 als schwer bis hoffnungslos zu bezeichnen. Von ihnen starben zehn, einem Prozentsatz von 28% entsprechend, während Verfasser sonst für diese Klasse von Erkrankungen eine Mortalität von 71% zu beklagen hatte. In 59 Fällen wurde nur eine einzige Injektion gegeben, neunmal zwei und einmal drei Injektionen; das Quantum betrug meist 10 bis 20 ccm, doch ging R. einmal bis 100 ccm und kombinierte auch dreimal wegen diphtheroider Angina mit Diphtherieheilserum. Nachteilige Wirkungen aufser einem unbedeutenden nesselartigen Ausschlag waren nicht zu konstatieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Frage der Serumtherapie bei Scharlach, von L. B. BILIK-Odessa. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 47, Nr. 4—5.) In keinem seiner zehn Scharlachfälle gelang es dem Verfasser einen positiven Effekt von der Anwendung des MOSERschen Serum festzustellen. Auch die theoretischen Erwägungen, auf welchen die Scharlachserumtherapie gegründet wurde, hält der Verfasser für wenig beweisend und bezweifelt mit anderen Autoren die Spezifizität des Streptococcus für Scharlach.

Schourp-Danzig.

Über mehrmaliges Auftreten der Masern bei derselben Person, von WEILL und L. DAUVERGNE-Lyon. Verfasser halten eine neue Infektion von aufsen her und ein einfaches Wiederaufleben einer früheren Infektion bei Röteln für möglich, ebenso auch bei Masern, und erläutern dieses an eigenen Beobachtungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über mitigierte Morbillen und verlängerte Inkubationszeit, von HANS ABELS-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 2.) An einigen Fällen von sehr leicht auftretenden Masern machte Verfasser die Beobachtung, dafs die Inkubationszeit von dem Tage der Ansteckung bis zum Ausbruche des sehr geringen Exanthems eine sehr lange war. Ähnliche Beobachtungen wurden auch von anderen Autoren gemacht, auf welche sich ABELS stützt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Infektiöse Erytheme bei Masern, von Jean Legrain. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 16.) Die Mitteilung von 72 Krankengeschichten und ein sieben Seiten umfassendes Literaturverzeichnis machen die Arbeit an dieser Stelle erwähnenswert.

Fritz Loeb-München.

Gehirnabscefs nach Masern, von Collet. (*Lyon méd.* 1907. Nr. 22.) Bei einem neunjährigen Mädchen, das eben Masern und im Anschlufs daran eine leichte katarrhalische Angina durchgemacht hatte, traten cerebrale Krankheitserscheinungen schwerer Art, heftige Kopfschmerzen, tiefe Somnolenz und Erweiterung der Pupillen auf; spezifisch meningitische Symptome fehlten. Die Temperatur schwankte anfänglich zwischen 37,5 und 40°, später zwischen 36 und 37°. Nach dreiwöchentlicher Krankheitsdauer starb das Kind in tiefem Koma; bei der Sektion fand sich ein aufserordentlich grofser, tief am Centrum ovale gelegener Gehirnabscefs. Bei Masernkranken kommen Gehirnabscesse infolge von Mittelohraffektionen nicht allzu selten vor, hier aber war das Mittelohr beiderseits vollständig intakt; dagegen waren Siebbeinzellen und Nasenhöhle linkerseits von schleimig-eitrigen Massen erfüllt. Möglicherweise wurden von hier aus durch die Lymphgefäfse Infektionskeime in das Gehirn getragen.

Götz-München.

Differentialdiagnose zwischen Masern und Röteln, von H. M. McClanaham-Omaha. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr 23.) Die Masern haben ausgesprochene Prodromalsymptome und während des Prodromalstadiums die charakteristischen Koplikschen Flecke auf der Lippen- und Wangenschleimhaut. Ihr Exanthem kommt langsamer und verschwindet langsamer. Bei den Rubeolen fehlt oft ein Prodromalstadium, das Exanthem erscheint und verschwindet schneller. Zuweilen sind vor dem Ausbruch der Rubeola die postcervikalen Lymphdrüsen vergröfsert. *Schourp-Danzig.*

Röteln und sekundäre Angina, von W. Lublinski-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 52.) Verfasser macht auf die Angina aufmerksam, die garnicht so selten als sekundäre Erkrankung das Bild der Röteln kompliziert. Gewöhnlich stellt sie sich am vierten oder fünften Tag nachdem schon vollkommene Entfieberung eingetreten, mit erneuertem hohem Fieber ein. Verfasser beobachtete einen Fall, in dem diese Komplikation am Abend des fünften Tages mit Schüttelfrost und heftigem Fieber zum Vorschein kam. Der Verlauf war ein sehr schwerer; die Angina überging zwar nicht in Eiterung, aber ihrem Beginn und Verlauf nach hatte sie ganz den Anschein eines phlegmonösen Prozesses. Am meisten erinnerte sie an eine beginnende bösartige Scharlach-Angina. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Dukessche vierte Krankheit, von D. Philip-Berlin. (*Zeitschr. f. d. ärztl. Praxis.* 1907. Nr. 14/15.) Die Frage, ob Scharlach oder kein Scharlach, läfst sich nicht in allen Fällen mit ja oder nein beantworten. Es soll daher in allen zweifelhaften Fällen, wo zum Symtomenkomplex der Pseudoscarlatina ein für Scharlach pathognomonisches Zeichen wie Himbeerzunge, Angina, Fieber hinzutritt, die Diagnose Scharlach gestellt werden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Variola, Variolois oder Varicellen? von Marx-Mülheim-Ruhr. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1907. Nr. 22.) Bei einem Manne wird ein nach einem ausgesprochenen Prodromalstadium auftretendes, mit heftigen Krankheitserscheinungen verbundenes fleckiges, bläschen- und pustelförmiges Exanthem für Variola diagnostiziert. Am Tage nach Ausbruch des Exanthems tritt jedoch eine völlige und dauernde Remission aller Krankheitserscheinungen ein; die Bläschen und Pusteln bilden sich zurück ohne allgemeine Dellenbildung.

Die schnelle Entwicklung und Rückbildung der Bläschen ist typisch für Varicellen.

Dafs es sich in dem vorstehenden Falle um Varicellen handelte, bestätigte der Umstand, dafs 14 Tage später ein Kind und wieder 14 Tage später ein zweites Kind

des Mannes an charakteristischen Varicellen erkrankten. Die Mutter blieb von dem Exanthem verschont, da sie bereits in ihrem achten Lebensjahre Wasserpocken gehabt hatte; und von der Richtigkeit ihrer Angabe zeugten mehrere deutliche kleine Narben an der Schläfen- und Halsgegend, die zweifellos von Varicellen stammten.

Schourp-Danzig.

Betrachtungen über die Bekämpfung der Variola in Marseille 1880—1906, von ODILON PLATON. (*Thèse de Montpellier.* 1906. Nr. 47.)

Fritz Loeb-München.

Variola maligna, von CHARLES DE GRENIER. (*Thèse de Montpellier.* 1905. Nr. 79.)

Fritz Loeb-München.

Das Xylol in der Behandlung der Variola, von EDGAR LONGUET. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 600.) *Fritz Loeb-München.*

Bericht über die Blatternepidemie in Wien im Jahre 1907, von EMIL MAIRINGER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 10.) Im Laufe des Jahres 1907 wurden in Wien 163 Blatternerkrankungen konstatiert, von denen 162 im Josefspital behandelt wurden. Interessant war bei dieser Epidemie folgendes: Unter 33 Verstorbenen waren elf Fälle von Variola confluens und complicata, und unter 39 Fällen von Variola vera nicht ein Individuum, bei dem der Impfschutz als vorhanden angenommen werden konnte. Nur bei den 79 Leichterkrankten finden sich neun, die im Impfschutze stehen. Von sämtlichen 162 Patienten standen somit nur 5,5% im Impfschutze. Weiter schliefst Verfasser, dafs die Vaccination die Variolaerkrankung selbst dann noch vollständig unterdrücken kann, wenn sie ein bis zwei Tage nach erfolgter Infektion mit Erfolg vorgenommen wird. Einzelne bemerkenswerte Beobachtungen werden ausführlich wiedergegeben. Es zeigte sich deutlich das Bild, dafs die Impfung nicht nur auf den Verlauf der Erkrankung des einzelnen ihren wohltätigen Einflufs, sondern auch auf den Verlauf ber Epidemie als solcher in eklatantester Weise ausgeübt und eine weitere unabsehbare Ausbreitung verhütet hat.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Diagnose der Blattern, von ROLLESTON. (*The Antiseptic.* Sept. 1907.) Bei den Londoner Blatternepidemien kamen in 7 bis 13% der mit der Diagnose Blattern eingelieferten Kranken diagnostische Irrtümer vor. Die häufigsten Verwechslungen kamen vor, der Reihe nach geordnet, mit Windpocken, Akne, Masern und Syphilis. Die Differentialdiagnose dieser Krankheiten gegen Blattern wird eingehend besprochen.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Notwendigkeit, die Immunität gegen Pocken auf einen höheren Grad zu steigern, von A. W. GILCHRIST-Nizza. (*Brit. med. Journ.* 14. Sept. 1907.) In dieser mehr philosophierenden als realen Abhandlung bekämpft G. vor allem die Haltung der englischen Regierung in bezug auf die Impffrage. Während Frankreich an einer Verschärfung der Impfvorschriften arbeitet, werden in Grofsbritannien die Möglichkeiten, sich der Impfung zu entziehen, immer günstiger gestaltet. Dies kann nicht wundernehmen, wenn man erfährt, dafs sogar ein Staatsminister, Chef des Hygieneressorts, sich gegen den Impfzwang ausgesprochen hat. Dabei wurden im Jahre 1902 in London allein 3000 Pockenfälle angemeldet. Unter diesen Umständen kann man nur jedem raten, sich häufig und mit möglichst aktiver Lymphe wiederimpfen zu lassen. Die Identität von Variolavirus und Vaccine hofft G. in nicht allzuferner Zeit sicher erwiesen zu sehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erfahrungen aus einer Varioloisepidemie, von HUGO WIDDER. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1906.) Betrifft fünf Fälle von Varioloiserkrankungen, die sich im Mai 1906 in Erlangen und Umgebung ereigneten. Die Fälle werden eingehend beschrieben und erörtert. Alle varicellenähnlichen Erkrankungen, die, wie in unserer Epidemie, nur

bei Erwachsenen auftreten, sollten im Interesse der Prophylaxe unbedingt als Variolois aufgefaſst werden. *Fritz Loeb-München.*

Die Bekämpfung der Blatternkrankheit, von X. (*Med. Blätter*. 1907. Nr. 40.) Von amtlicher Seite wird Rechenschaft gegeben über alle jene Maſsnahmen, welche von der Behörde getroffen werden, um die Ausbreitung der Blatternerkrankungen in Wien hintanzuhalten. Ein groſser Teil der Bevölkerung wurde geimpft, jede Verheimlichung wurde ausgeschlossen. Im ganzen waren seit Anfang Januar 142 Erkrankte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der § 17, Absatz 1 der Ministerialverordnung vom 14. Dezember 1899, die anderweite Ausführung des Reichsimpfgesetzes betreffend, und Entgegnung von Chalybäus, von Hartmann. (*Korrespondenzbl. der ärztl. Kreis- und Bezirksvereine im Königr. Sachsen*. 1907. Nr. 6—9.) Eine Polemik, welche ausschlieſslich wirtschaftliche und Standesinteressen betrifft und die Frage erörtert, ob es richtig sei, daſs in zweifelhaften Fällen bei der drittmaligen Zurückstellung von der Impfung die Entscheidung durch den zuständigen Impfarzt verlangt werden kann.

Arthur Schucht-Danzig.

Die neue Impfverfügung, von T. Garrett Horder-Cardiff. (*Brit. med. Journ.* 14. Sept. 1907.) Nach dem seit kurzem bestehenden Gesetz muſs in England der beamtete Impfarzt die Erstimpfung, falls es gewünscht wird, in der Wohnung des Impflings vornehmen. Auch kann jeder Vater das Kind der Impfung entziehen, wenn er vor einem Richter erklärt, daſs er nach gewissenhafter Überlegung Bedenken gegen die Zweckmäſsigkeit des Impfens hegt. Die Folge ist, daſs der Impfarzt gezwungen ist, sehr häufig vergebliche Besuche in der Erfüllung seiner Impfobliegenheiten zu machen und für jede gelungene Impfung durchschnittlich drei bis vier Besuche rechnen muſs. Verfasser wendet sich hier energisch gegen den von den Verwaltungsbehörden gemachten Vorschlag, daſs das (von den Gemeinden zu zahlende) Honorar für die Impfung auf etwa 2,50 Mark festgesetzt werden soll. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Schutzpockenimpfung in den Kolonien, von Ziemann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 3.) Die Pocken herrschen in fast allen tropischen Kolonien endemisch und sind daher mit allen Mitteln zu bekämpfen, unter gegenseitiger Unterstützung der benachbarten Kolonien. Zur Erleichterung dieser Bekämpfung ist mündliche und schriftliche Belehrung über das Wesen der Pocken und der Schutzpockenimpfung nötig, z. B. auch Belehrung der Eingeborenen auf den Häuptlingsversammlungen. Nötig sind Gesetze ähnlich wie in Europa für die Verhütung der Pocken durch Schutzimpfung und für die Bekämpfung der schon ausgebrochenen Pocken, allgemeiner Impfzwang ist wünschenswert. An dem Impfgeschäft haben sich auch die amtlichen Angehörigen des betreffenden Bezirks zu beteiligen. In jeder Kolonie sind Reiseärzte anzustellen, die neben der Bekämpfung der anderen Seuchen vor allem die systematische Durchimpfung der Bevölkerung zu besorgen haben und eingeborene Hilfskräfte heranzubilden. Selbständige Massenimpfungen durch eingeborene farbige Hilfskräfte sind unzulässig. Die Impfungen sind am besten in der kühleren Jahreszeit zu machen. In jeder Kolonie ist mindestens ein Lymphgewinnungsinstitut einzurichten, welches dem Chef der Medizinalverwaltung untersteht. Wo Kälberlymphe nicht genügend zur Verfügung, kann auch von Arm zu Arm geimpft werden, wenn keine ärztlichen Bedenken vorliegen. Als Abimpflinge können nur gesunde Kinder bis zu acht Jahren dienen. Nur möglichst bakterienfreie Lymphe ist verwendbar, um Wundinfektion und damit Impfscheu der Eingeborenen zu verhüten. Die Versuche, haltbare Lymphe zu gewinnen, die nicht bei höherer Temperatur die Virulenz bald verliert, sind fortzusetzen, ebenso die Versuche, in rinderarmen Ländern statt Kälberlymphe Lymphe von anderen Tieren, wie Kaninchen, zu gewinnen. Der Impfschutz der

farbigen Rassen ist meist geringer als beim Europäer, so dafs Wiederimpfungen häufiger stattfinden müssen. Jeder Europäer, der zum ersten Male in einer Kolonie amtlich zu tun hat, ist vor Antritt der Reise zu impfen, falls er nicht innerhalb der letzten zwei Jahre erfolgreich geimpft ist oder die natürlichen Pocken überstanden hat.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Einführung der Impfung in Wien, von Max Neuburger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 45.) Eine historische Skizze über die Geschichte der Einführung der Impfung in Wien. Die ersten Versuche wurden 1799 durch Ferro und de Carro an ihren eigenen Kindern gemacht und dann eifrig fortgesetzt; 1800 herrschte eine grofse Blatternepidemie, so dafs infolgedessen viele sich impfen liefsen; 1801 wurde die erste öffentliche Impfung an 26 Kindern vorgenommen, 1802 wurde durch ein Regierungszirkular die Kuhpockenimpfung empfohlen. Die Zahl der vorgenommenen Impfungen nahm in den ersten Jahren erfreulich zu, und gleichzeitig sank die Mortalität an Blattern rapid. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Impfung im fernen Osten, von Charles S. Braddock-Haddonfield. (*New York med. Journ.* 15. Febr. 1908.) Verfasser, früher Sanitätsinspektor bei der siamesischen Regierung, bespricht die grofsen Verheerungen, welche die Blattern in den Südseeinseln, in China, Siam, dem malayischen Archipel, in Arabien, Persien, Afrika angerichtet und welche zu einer grofsen Menge von Erblindungen geführt haben. In Siam betrafen alle neueren Fälle und die hohe Mortalität beinahe ausschliefslich Kinder; denn die älteren Leute hatten bereits die Epidemie durchgemacht. Nach einem Berichte von Peoples, einem Missionsarzt, sollen in einer der Laosprovinzen im Norden von Siam, welche nur eine Bevölkerung von 600000 Seelen hat, 100000 Menschen in den letzten 30 Jahren an Blattern gestorben sein. Seit dem Jahre 1903 nahm sich aber die siamesische Regierung energisch der Sache an, alle zur Verfügung stehenden Ärzte wurden für die Ausführung der Schutzimpfung gewonnen und derselben innerhalb zwei Jahren 400000 Leute, grofsenteils Kinder, unterzogen. Es bot sich auch Gelegenheit, in einem Falle den Wert der Impfung klar zu zeigen: In einer kleinen Stadt (an der Tatchinmündung) brach eine Epidemie aus, welche 145 Kinder dahinraffte, was ungefähr 500 Fälle bedeutet; es wurde nun die Sanitätsinspektion verständigt, dieselbe traf rasch ihre Mafsnahmen und es wurden 4000 Leute geimpft, womit die Epidemie völlig zum Stillstand kam. Die Blatternschutzimpfung breitet sich nun von den malayischen Staaten zur indo-chinesischen Grenze und von Burma nach Indo-China aus, so dafs Braddock wenigstens für Siam annehmen kann, die Blattern würden dort bald nur der Vergangenheit angehören. *Stern-München.*

Die Schutzpockenimpfung in Holländisch-Indien, von Kohlbrugge. (*Weekblad.* 16. Febr. 1907.) Der Verfasser weist zunächst auf die Tatsache hin, dafs, während die Pocken in den Niederlanden sozusagen vollständig verschwunden sind, in den zahlreichen Kolonien noch immer eine ungeheure Menge von Pockenfällen vorkommen. Ja, die zahlreichen Javanesen, von denen sich ein grofser Prozentsatz zum Islam bekennt, dienen noch immer als Verbreiter der Seuche im Ausland, wenn sie auf ihren Pilgerfahrten nach Mekka reisen. Der Verfasser stützt sich in seinem Artikel vornehmlich auf einen aus dem Jahre 1874 stammenden Bericht von Luchtmans, in dem dieser auf eine ganze Reihe von Übelständen aufmerksam macht und entsprechende Vorschläge macht, die aber bisher nicht berücksichtigt worden sind, wobei man allerdings die Gleichgültigkeit, ja direkte Feindseligkeit der einheimischen Bevölkerung gegenüber hygienischen Mafsnahmen ins Auge fassen mufs. Jedenfalls, so schliefst der Verfasser seine Abhandlung in Wiederholung der Worte Luchtmans', sei es endlich einmal hohe Zeit, von den vielen Worten zur Tat zu schreiten.

C. Müller-Nyon.

Einige Bemerkungen über die zu Paris in den letzten 14 Tagen ausgeführten Impfungen, von Kelsch-Paris. (*Bull. de l'Acad. d. Med.* 1907. Nr. 13.) Sitzung der Akademie vom 26. März 1907. Anfang März 1907 herrschte in Paris wegen des Auftretens von Pocken in Dünkirchen eine wahre Panik. Die Epidemie war gar nicht sehr ausgedehnt, doch waren bereits drei Todesfälle vorgekommen, und die Presse hatte durch lebhafte Schilderungen der Gefahren sowie des Wertes der Impfung so auf das Publikum eingewirkt, dafs das Impfinstitut der Akademie, wo sonst niemals mehr als fünf Impfungen an einem Tage vorzukommen pflegten, von Tausenden belagert wurde. In etwa zehn Tagen wurden 6254 Impfungen ausgeführt. K. schildert sehr beredt die Unzulänglichkeit der bisherigen gesetzlichen Bestimmungen in Frankreich in bezug auf die Impfung und Wiederimpfung und betont, dafs die Behörde (die Bürgermeister) an vielen Orten der Ausführung des Impfens geradezu Hindernisse in den Weg legten. Infolgedessen ist amtlich nachzuweisen, dafs Pockenherde durchs ganze Land verstreut anzutreffen sind und dafs die Zahl der Todesfälle (z. B. im Jahre 1904) eine ganz erkleckliche ist. K. fordert die Gesetzgeber und die Presse auf, aus diesen Tatsachen eine Lehre zu ziehen und die Bevölkerung ohne Ausnahme planmäfsig mit der Schutzimpfung zu versorgen.

Chautemesse bemerkt noch, dafs im ganzen wohl 500000 Wiederimpfungen in Paris infolge Pockenfurcht ausgeführt wurden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kenntnis von dem Verlauf des Vaccinefiebers, von J. Jundell-Stockholm. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 63.) Die Angaben über das Auftreten febriler Temperaturen als Reaktion auf erfolgte Schutzpockenimpfung gehen (v. Jaksch, Peiper u. a.) einigermafsen auseinander. Verfasser hat an dem ausgiebigen Material an Säuglingen im Allgemeinen Kinderhause zu Stockholm eine gröfsere Reihe von länger fortgesetzten Temperaturbestimmungen vor und nach der Impfung ausgeführt (resp. durch zuverlässige Wärterinnen ausführen lassen) und stellt folgendes fest: Unter 100 Säuglingen im Alter von drei bis sechs Monaten, bei denen vor und nach der Impfung die Temperatur zweimal täglich regelmäfsig aufgezeichnet wurde, waren 17, bei denen die Impfung gar keinen Einflufs auf die Körperwärme ausübte; bei 41 Impflingen trat nach anfänglich ungestörtem Verlauf am siebenten oder achten Tage nach der Impfung eine Temperatursteigerung bis zu 39,2° ein, verging aber im Verlauf von ein bis drei, selten vier oder fünf Tagen völlig. Eine dritte Gruppe umfafst 42 Fälle, bei denen aufser diesem als Stadium floritionis bezeichneten Fieber schon am vierten bis siebenten Tage eine leichtere, selten ohne vorherige Rückkehr zur Norm direkt ins zweite Fieberstadium übergehende Temperaturerhöhung eintrat. In keinem Fall war in den ersten zwei Tagen nach der Impfung eine Abweichung von der Norm zu konstatieren, und nur drei unter den 100 Kindern zeigten schon am dritten Tage eine leichte Störung. Eine subnormale Temperatur in den ersten Tagen als Folge des Prozesses wurde niemals konstatiert. Als höchste Temperatur der ganzen Serie wurde einmal, bei Gruppe III, 40,2° konstatiert. Weitere Untersuchungen J.s an 40 Säuglingen in den ersten Lebensmonaten und an zehn Neugeborenen, welche täglich fünf- bis sechsmal gemessen wurden, bestätigten im allgemeinen die vorherigen Beobachtungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Protrahierte Inkubationszeit bei Vaccine, von Simon-Plauen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 45.) Kurze Mitteilung über die Entwicklung einer Impfpustel nach 13tägiger Inkubationszeit. *Götz-München.*

Bericht über Experimente mit Kuhpockenlymphe, von J. R. Ballah-Montreal. (*Brit. med. Journ.* 22. Dez. 1906.) Verfasser hat gefunden, dafs man viel präzisere Resultate mit der Impfung von Kaninchen und auch Meerschweinchen erzielt, wenn man die Haut der Tiere nicht durch Rasieren, sondern durch ein Depilatorium von

den Haaren befreit. Er verwendet eine 25—40%ige wässerige Lösung von Natriumsulphid und reibt die Lymphe nach der Enthaarung auf die sorgfältig abgewaschene Haut ohne weitere Verletzung der Epidermis ein. Am dritten oder vierten Tage entstehen dann typische Impfbläschen. Ferner wurde das Verhalten der Lymphe beim Dialysieren geprüft. Lymphe in Celloidinkapseln eingebracht und gegen destilliertes Wasser bis zu 18 Stunden dialysiert erwies sich als vollkommen wirksam; nach einer dreitägigen Dialyse ergab sich allerdings ein negatives Resultat. Direktes Verdünnen mit Wasser schien auch keinen Eintrag zu tun. Inwieweit dies Verhalten für die Entscheidung der Frage von der Protozoennatur des Vaccineerregers Bedeutung hat, ist noch eine offene Frage. Eine Reihe von Versuchen, um den Vaccineerreger in vitro zu züchten, führte zu keinem endgültigen Ergebnis; doch erhielt Verfasser durch Verwendung von Peptonlösung mit Heuaufguſs (Sterilisierung, Beschicken mit steriler Vaccineemulsion zur Prüfung der Keimfreiheit und nachheriger Beschickung mit aktiver Lymphe und Einlegen bei 37° C) ein wolkiges Wachstum, das vielleicht eine Beziehung zum Vaccineerreger haben dürfte. Auch Kulturversuche mit Celloidinkapseln, die in den Peritonealraum von Kaninchen eingelegt wurden, lieferten keine positiven Ergebnisse. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige experimentelle Untersuchungen über die Vaccine und die Schafpocken bei der Ratte, von Galli-Valerio-Lausanne. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 46, H. 1.) Die Versuche führten zu folgenden Ergebnissen: Mit dem Vaccinebrei, glycerinisiert oder nicht, ist es möglich, bei Mus rattus durch Einimpfung in die Hornhaut kleine, weiſsliche Pusteln hervorzurufen, die zwei bis drei Tage nach der Impfung sich einstellen, die Neigung zu Ulcerationen haben und ganz analog den beim Kaninchen mit Vaccine und Variola erhaltenen Pusteln sind. Mit einer zu alten oder einer bei 18—20° eine Zeitlang aufbewahrten Vaccine erhält man bei der Ratte (im Gegensatz zum Kalb) ganz unsichere oder gar keine Impfresultate. Mit dem ausgeschobenen Inhalt der Pusteln mit Vaccine geimpfter Ratten kann man an der Hornhaut anderer Ratten ganz analoge Pusteln, welche ebenfalls Guarnierische Körperchen enthalten, hervorbringen. Die Überimpfung der Schafpocken auf die Hornhaut der Ratte gibt weniger ausgesprochene Veränderungen als jene durch die Vaccine hervorgerufenen Veränderungen, bei welchen man runde oder ovale, innerhalb der Zellen liegende Körperchen von 2—5—6 μ, die den Guarnierischen Körperchen sehr analog sind, sehen kann. Eine Ratte, die zuerst mit Schafpocken und dann mit Vaccine an den Hornhäuten geimpft wird, hat bei dieser zweiten Einimpfung nichts gezeigt, während ein auf dieselbe Weise geimpftes Kaninchen Pusteln an der Hornhaut gezeigt hat. Übrigens möchte Verfasser, der kein genügendes Schafpockenmaterial mehr hatte, diese Versuche über den gegenseitigen Einfluſs von Vaccine- und Schafpockenüberimpfung auf die Hornhaut der Ratte nicht als abgeschlossen betrachten, sondern hält Fortsetzung derselben zum Studium der groſsen wichtigen Gruppe der Vaccino-Variolakrankheiten für dringend geboten. Das unmittelbare, praktische Resultat der vorliegenden Experimente liegt für Galli-Valerio darin, daſs die Ratte an Stelle der Kaninchen für die Vaccinekontrolle durch Hornhautimpfung benutzt werden kann. *Stern-München.*

Der Kuhpockeninfektion eigentümliche bewegliche Körperchen im Epithel der Kaninchencornea, von G. Volpino-Turin. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 46, H. 4.) V. ist der Ansicht, daſs die Guarnierischen Körper weder für sich allein die Initialkörperchen der Kuhpockenparasiten darstellen, noch in ihrem Verhalten bekannten Parasiten- und Protozoenformen entsprechen, sondern wahrscheinlich besonderen Lebensformen des Kuhpockenparasiten entsprechen, wenn man die verhältnismäſsige Spärlichkeit des Befundes einerseits und die bedeutende Infektionskraft des Virus

andererseits berücksichtigt. Als Material für seine weiteren Untersuchungen hat V. die mit Kuhpockengift verschiedener Herkunft geimpfte Kaninchencornea gewählt, auf welcher sich nach den von allen Seiten bestätigten Untersuchungen GUARNIERIS eine Vaccine-Infektion mit typischem Befunde entwickelt. Die im Epithel der Hornhaut von V. konstant gefundenen Körperchen zeichnen sich 1. durch aufserordentliche Kleinheit, 2. durch die eigentümliche Art ihrer Beweglichkeit — pendelnde, auf kleinem Spielraum, aber sehr schnell sich vollziehende Bewegung —, 3. ihre Helligkeit, 4. ihre Menge (umfangreiche Anhäufungen in den Zellen nach 48—70 Stunden) und 5. ihre Lagerung innerhalb des Zellkörpers und im Präparat. In besonders günstigen Fällen fanden sich jedoch diese Zellkörperchen auch in den intercellulären Zwischenräumen. Den ganzen, hier beschriebenen Befund erklärt T. nicht nur als konstant, sondern auch als spezifisch für die Vaccineinfektion; letztere Behauptung stützt er auf das völlig negative Ergebnis aller bisherigen Kontrolluntersuchungen. Die Gesamtheit der oben angeführten Eigenschaften berechtige zu der Schlufsfolgerung, dafs diese Körperchen etwas der normalen oder pathologischen Beschaffenheit der Zelle fremdes darstellen und dafs sie aufserdem in enger Beziehung zu dem Virus vaccinicum selbst stehen. *Stern-München.*

Einige bakteriologische und experimentelle Beobachtungen über Schutzpockenlymphe, von KELSCH, CAMUS und TANON. (*Bull. de l'Académie.* 1907.) Die hier berichteten experimentellen Untersuchungen bezogen sich auf folgende vier Punkte: Die Dauer der durch die Impfung bewirkten Immunität, das Verhältnis zwischen der Aktivität der Kälberlymphe und ihrem Gehalt an Mikrobien, das Wesen des Erregers der Vaccine und der Variola und die Erzeugung von Variola-Vaccine. Als Versuchsobjekte standen 119 Kaninchen zur Verfügung. Die Dauer der bewirkten Immunität bei dieser Tiergattung erwies sich als sehr variabel und schwankte zwischen 17 Tagen und 6 Monaten. Ferner konstatieren Verfasser, dafs die an der Cornea ausgeführte Impfung sowohl beim Kaninchen wie beim Kalb sehr wohl Immunität bewirken kann. An Bakterien konstatierten Verfasser vorwiegend Staphylokokken (wie andere Autoren), Staphylococcus aureus albus, Staphylococcus albus, Staphylococcus aureus, flavus, griseus. Sie konstatierten wiederum eine starke Verminderung des Bakteriengehalts als Folge des Glycerinzusatzes; andererseits konnten sie nicht finden, dafs der höhere Bakteriengehalt der Lymphe irgendwie schädliche Wirkungen äufsert. Eine grofse Steigerung des Bakteriengehaltes konstatierten sie während der Vornahme von Umbauten am Vaccine-Institut. Betreffs des eigentlichen Vaccineerregers zitieren Verfasser die Literatur; ihre eigenen Untersuchungen fielen negativ aus. Betreffs der Variola-Vaccine haben sie nur bei einem Kaninchen einen Versuch machen können; dasselbe erwies sich nachher gegen Vaccine refraktär.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bakterienflora der Vaccine, von EMIL DORBRITZ. (Inaug.-Dissert. Bern 1904.)

Fritz Loeb-München.

Die frühzeitige Reaktion der Schutzpockenimpfung, von C. v. PIRQUET-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 28.) In diesem, in der Gesellschaft der Ärzte in Wien gehaltenen Vortrag, welchem seitdem noch weitere Mitteilungen gefolgt sind, konstatiert Verfasser in erster Linie die interessante Tatsache, dafs die an einem impfgeschützten Menschen ausgeführte Impfung eine Reaktion hervorruft, die sich zwar durch abortiven Verlauf aber andererseits durch die Schnelligkeit des Eintritts auszeichnet. Er hat an sich selbst sowohl als auch an zwei wenige Monate zuvor geimpften Säuglingen Impfungen vorgenommen und dabei gefunden, dafs unter solchen Umständen eine Reaktion, eine deutliche und ziemlich umfangreiche Papelbildung entsteht, welche in 24 Stunden ihren Höhepunkt erreicht und dann schnell wieder

verschwindet. Dies tritt am deutlichsten hervor, wenn statt der üblichen Impfschnitte kleine Schabungen der Epidermis oder Bohrungen vorgenommen werden. Aus diesen Beobachtungen zieht v. P. den Schlufs, dafs die Vaccination keine absolute Immunität bewirkt, sondern vielmehr die Reaktionsfähigkeit des Organismus in der Weise verändert, dafs derselbe früher reagiert und die wiederholte Infektion in kürzerer Zeit zum Abschlusse bringt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Antikörper der Variola, von Escherich-Wien. (Aus der Sitzung der K. K. Ges. der Ärzte in Wien vom 22. Februar 1907. *Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 9.) Verfasser bespricht die v. Pirquetsche Theorie, der zufolge das Auftreten der Krankheitserscheinungen bei der Variola und auch bei anderen Infektionskrankheiten von der Entwicklung von Antikörpern abhängig ist. Wenn auch das Wesen dieser Antikörper nicht näher bekannt ist, so sprechen sehr dafür die Erfahrungen bei Serumkrankheiten, d. h. die durch Einverleibung artfremden Eiweifses entstehenden Störungen sowie verschiedene Momente bei den Infektionskrankheiten, namentlich die verschiedene Dauer der Inkubationszeit (Scharlach, Diphtherie, Typhus gegenüber der uniformen Inkubationszeit bei Masern und Variola). Ferner liefert eine wesentliche Stütze dazu das von Pirquet aufgestellte Gesetz von der beschleunigten Reaktion der Immunisierten, z. B. nach der Schutzpockenimpfung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ist die vaccinale Frühreaktion spezifisch? von C. v. Pirquet-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 47.) Diese Arbeit stellt eine Fortsetzung dar zu der früheren Publikation v. P.s über die nach der Impfung mit Schutzpockenlymphe an impfimmunen (allergischen) Menschen zu beobachtenden Reaktionen an der Haut. Die dabei entstehenden Läsionen präsentieren sich im allgemeinen als einfache, mehr oder weniger umfangreiche und erhabene Papeln, welche innerhalb der ersten 24 Stunden nach Übertragung des Impfstoffes sich entwickeln und alsbald sich wieder zurückbilden. Dafs deren Entstehung nicht von der Beimischung akzidenteller Bakterien abhängt, beweist Verfasser durch Einbringen von Lymphe in Bouillon und Behandlung im Brutschrank. Bakterien traten nicht hervor, aber die charakteristische Papelbildung entstand bei Versuchen, welche Verfasser an sich selbst ausführte, noch deutlicher bei einer Verdünnung von 1 : 200. Aufser dieser Glycerinkälberlymphe verwandte Verfasser auch frische menschliche Lymphe und erzielte den gleichen Erfolg. Ferner handelte es sich darum zu entscheiden, ob im Serum des Vaccinierten Substanzen auftreten, welche gegen die Lymphe präzipitierend wirken. Die Beobachtungen an Menschenserum, welchem Impfstoff zugesetzt wurde, ergaben ein negatives Resultat. Aus allen diesen recht zahlreichen Untersuchungen entnimmt Verfasser den Schlufs, dafs die am impfimmunen Menschen nach der Impfung von Schutzlymphe auftretenden Läsionen in der Tat spezifischer Art sind; sie sind quantitativ von der Menge des eingebrachten Virus abhängig und sind vielleicht als die Folge des Zusammentritts des Vaccineerregers mit gewissen, im allergischen Organismus vorhandenen Antikörpern zu deuten *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Studien über Immunität gegen Variolavaccine. Experimentelle Begründung einer subcutanen Schutzimpfung mittels verdünnter Vaccine, von R. Kraus und R. Volk-Wien. (*Sitzungsberichte der k. Akademie d. Wissensch.* Band 116, Heft 5.) Die Untersuchungen reichen schon jahrelang zurück und wurden zuerst an der Cornea von Kaninchen gemacht, wobei sich zeigte, dafs die Infektion der einen Cornea mit Vaccine Immunität für diese setzt, nicht aber für die des anderen Auges. Um über das zeitliche Auftreten der Hautimmunität Aufschlufs zu bekommen, machten Verfasser sukzessive Impfungen an der Affenhaut und konnten feststellen, dafs die Immunität im allgemeinen vor dem zehnten Tage auftritt, dafs aber der Tag des Eintritts nicht gesetzmäfsig ist, insofern als er zwischen dem fünften und zehnten

Tag post infectionem schwankt. Diese Immunität tritt nicht mit einem Schlage auf, sondern, ähnlich wie beim Menschen, haften die Reinfektionen noch in den ersten Tagen, entwickeln sich aber nicht zur vollen Höhe. Die Cornea reagiert bei cutan immunen Affen so wie eine normale Cornea, es hat also die cutane Vaccination wohl eine Immunität der Haut zur Folge, nicht aber der Cornea; auch war eine Infektion von der Cornea aus, die sich bloſs auf diese beschränkt hat, nicht imstande, eine Immunität der Haut zu setzen. Doch gelang es den Verfassern, durch konjunktivale Infektion Immunität der Haut und auch der Cornea derselben Seite bei Affen zu erzeugen. Die Cornea des anderen Auges verhält sich so wie eine normale, sie ist nicht immun; die Cornea der Kaninchen zeigte, verschieden lange Zeit nach der Injektion des Virus geimpft, typische Reaktion. Zu anderen Resultaten führten die Versuche an Affen und dürften wohl die Annahme zulassen, daſs eine subcutane Immunisierung mit konzentrierter und verdünnter Lymphe, wenn auch nicht konstant, immerhin eine rudimentäre Reaktionsfähigkeit, eventuell völlige Immunität der Cornea zur Folge haben kann. Gleichzeitig zeigen die Versuche, daſs eine subcutane Immunisierung mit Lymphe konstant zu einer Immunität der Haut der Tiere führt. Ferner machten Verfasser mit verdünnter Lymphe bis $^{1}/_{1000}$ subcutane Impfungen an Affen und konnten so feststellen, daſs solche Injektionen vollkommen reaktionslos verlaufen und Immunität der Haut ebenso setzen wie cutane Skarifikationen oder subcutane Injektionen konzentrierter Lymphe. Die Einführung verdünnter Lymphe auf dem subcutanen Wege dürfte demnach eine rationellere Methode sein, als die durch cutane Skarifikation. Aber nicht nur mit verdünnter virulenter Lymphe, sondern auch mit auf 58° durch eine halbe Stunde erwärmter Lymphe, welche in ihrer Vitalität zerstört ist, läſst sich Hautimmunität bei Affen erzielen.

Diese am Tier experimentell gewonnenen Erfahrungen stimmen vollständig mit den an Menschen durchgeführten Untersuchungen überein und scheint also diese Methode mit verdünnter Lymphe die ideale der Schutzimpfung zu sein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Subcutane Injektionen von Kuhpockenvaccine, von Wilhelm Knoepfelmacher-Wien. (*Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Ther.* Bd. 4.) Die Arbeit geht Hand in Hand mit den Untersuchungen von Kraus und Volk, welche sie gewissermaſsen ergänzt. Es handelt sich bei den Versuchen um Successivimpfungen mittels wiederholter subcutaner Injektionen und um Immunisierung mit avirulenter Vaccine. Bei geringen Mengen avirulenter Vaccine ist der Erfolg ungewiſs, bei groſsen Mengen dagegen mit Sicherheit eine partielle Immunitüt zu erzeugen, eine komplete Immunität erreichte Verfasser in einem Falle bei Anwendung einer sehr geringen Vaccinemenge, 0,02 g. Weitere Versuche betreffen die Vaccineinjektionen an Vaccinierten, diese Versuche lehren vor allem, daſs die Reaktion beim Vaccinierten meist noch viele Jahre nach der Impfung eintritt, nur eine kleine Anzahl hatte ein negatives Resultat. Die Reaktion ist nicht nur mit virulenter, sondern auch mit avirulenter, durch einstündiges Erhitzen auf 70° abgetödteter Vaccine zu erzielen, wobei kein Unterschied in der angewandten Menge besteht.

Aus den Versuchen geht hervor, daſs die Mehrzahl der einmal Geimpften auf die Injektion von Vaccine beider Arten mit lokaler Reaktion antwortet. Die Reaktion ist verwertbar für die Erkennung der Vaccinekrankheit.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Zufälle nach animaler Vaccination, von Charles L. A. Gineste. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 133.) *Fritz Loeb-München.*

In der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig (Sitzung vom 23. Juli 1907. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 37) sprach Kritz über **die bei der Impfung zur**

Beobachtung kommenden Allgemeineruptionen. Veranlassung zu dem Vortrage bot die schwere Impfschädigung eines $7^1/_2$ Monate alten Kindes, das seit der neunten Woche seines Lebens an teils trockenem, teils nässendem Ekzem gelitten, 14 Tage vor der Impfung aber eine bis auf leichte Schuppung und Sprödigkeit völlig normale Haut gezeigt hatte. Bei der Aufnahme im Krankenhaus fanden sich am rechten Arm des hoch fiebernden Knaben vier aus den Impfschnitten entstandene, kraterförmige, mit schmierigen Belägen bedeckte Geschwüre; eine tiefe, 8 cm breite Geschwürsfläche zog sich von hier nach innen und unten, den Arm halb umkreisend. Am Ort des früheren Ekzems, auf Stirn, Wangen und Augenlidern, Brust und Bauch, Handgelenken und Oberschenkeln waren zahlreiche inkrustierte, zum grofsen Teil konfluierte Pusteln zu sehen, die, soweit sie einzeln standen, den Charakter der Impfpusteln noch deutlich erkennen liefsen. Vier Tage nach der Aufnahme ins Spital trat der Exitus ein.

Götz-München.

Einige Fälle von Impferkrankung des Auges, von RUDOLF TERTSCH-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 2.) Während der Blatternepidemie im Sommer 1907 in Wien hatte Verfasser Gelegenheit, in der FUCHSschen Klinik 19 Fälle von Impferkrankungen des Auges zu beobachten, von denen er einen besonders interessanten berichtet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Was ist als generalisierte Vaccine zu bezeichnen? von L. VOIGT-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 38.) Als generalisierte Vaccine werden in der letzten Zeit ganz verschiedene vaccinale Erscheinungen benannt. Demgegenüber weist V. darauf hin, dafs die Bezeichnung generalisierte Vaccine dem auf hämatogenem Wege entstandenen, allgemeinen, in Gestalt mehr oder weniger vollständig ausgebildeter Vaccinepusteln auftretenden Ausschlage verbleiben mufs zur Unterscheidung von den auf örtliche Übertragung zurückzuführenden vaccinalen Erscheinungen, den Nebenpusteln, den supernumerären oder sekundären Pusteln oder dem Ekzema vaccinatum.

Götz-München.

Ein Fall von Übertragung von Vaccine auf ein nicht geimpftes ekzemkrankes Kind, von BALLIN-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 3.) Charakteristisch waren bei diesem Ekzem überall kleinere und gröfsere gedellte Pusteln, die vollkommen den Vaccinepusteln glichen. Solche Fälle von inokulierter Vaccine sind nicht sehr selten. Man mufs daher danach trachten, dafs Kinder mit Ekzem nicht geimpft werden.

In der Diskussion bemerkt HIRSCHBERG, dafs auch Vaccineübertragung aufs Auge vorkommen kann, und dafs diese Erkrankung keineswegs gleichgiltig sei. BAGINSKI betont, dafs er vor mehreren Jahren genau solchen Fall gezeigt habe.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Kuhpockenerkrankung bei Ekzematösen, von LAUENSTEIN-Lüneburg. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1907. Nr. 22.) Von einem geimpften dreijährigen Kinde gelangte auf irgend eine Weise Pockengift auf die Haut eines ekzemkranken Kindes. Bei dessen Wartung infizierten sich der mit chronischem Handekzem erkrankte Vater und die an Herpes labialis leidende Mutter der Kinder. Alle drei Personen boten das Bild schwerer Kuhpockenerkrankung. Die Heftigkeit der Erkrankung stand in Proportion mit der Ausdehnung. Das kleine Kind starb, während die Eltern genasen. Erwähnenswert ist die Verschiedenheit der Pocken auf Haut und Schleimhaut: die Schleimhautaffektion zeigte sich in Form feiner, bald platzender Bläschen und eines oberflächlichen Geschwürs, ähnlich wie bei Stomatitiden. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Vaccineinfektion, von P. J. EICHHOFF. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 49.) Ein mit Kopf- und Gesichtsekzem behaftetes, noch nicht geimpftes, etwa zweijähriges Kind, akquirierte eine ausgedehnte Vaccineinfektion, nachdem es in aller-

letzter Zeit mit zwei Kindern, die frisch geimpft waren und noch frische Impfpocken hatten, gespielt hat. Ein anderes, einjähriges, ebenfalls mit Ekzem am Körper behaftetes Kind bekommt Vaccinepusteln am ganzen Körper nach Gebrauch einer Badewanne, die vorher von dem frischgeimpften Brüderchen benutzt worden war. Die Fälle sind, abgesehen von der Narbenbildung, günstig ausgegangen, mahnen jedoch zur Vorsicht. Vor allem müssen alle an Ekzem oder anderen Hautleiden erkrankten Kinder vom Impfen dispensiert werden, sodann müfste allgemein darauf hingewiesen werden, dafs geimpfte Kinder, solange die Pocken nicht vernarbt sind, vom Verkehr mit Ekzemkindern absolut ferzuhalten sind.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Antrag auf Gleichmäfsigkeit der Verhältnisse bei der Impfung, von A. H. Gerrard. (*Lancet.* 7. Dez. 1907.) Unter diesem etwas unbestimmten Titel stellt G. die Forderung, dafs die Regierungslymphanstalten in England, welche dem beamteten Impfarzt das nötige Material liefern, auch an Privatärzte, eventuell gegen Zahlung, Lymphe abgeben sollen. Er hat Gelegenheit gehabt, sowohl die Regierungslymphe wie Proben von acht Handelslymphanstalten zu untersuchen und hat gefunden, dafs die letzteren in vielfacher Hinsicht gegen erstere zurückstehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra oder Syphilis? von G. Wustmann. (*Arch. f. Gesch. d. Med.* Bd. I, Heft 1.) Es liegt keine Veranlassung vor, den Fall, von welchem im Jahre 1492 in den Leipziger Stadtkassenrechnungen die Rede ist, für etwas anderes als Lepra zu halten. Derartige Kranke wurden von drei Ärzten begutachtet, ehe sie in zweifelhaften Fällen in das Leprosenspital kamen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Einige Bemerkungen zur Leprafrage in der Schweiz, von Edwin Pfister-Zürich. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1907. Nr. 19.) Der Verfasser fügt den von Jadassohn und A. Bayard aufgezählten Leprafällen in der Schweiz — siehe *diese Monatshefte*, Bd. 44, Nr. 7, S. 372 — vier aus eigener Kenntnis hinzu und empfiehlt mit diesen Autoren, das deutsche Beispiel zu befolgen, welches die Registrierung der Leprösen und Isolierung der Wohlhabenderen in ihren Wohnungen und der Ärmeren in einer staatlichen Leproserie bestimmt. *Schourp-Danzig.*

Lepra in Neu-Süd-Wales, Bericht des Gesundheitsamts für das Jahr 1906, von J. Ashburton Thompson-Sydney. (Sydney 1907, Regierungsbericht.) Das Lepraasyl für Neu-Süd-Wales in Little Bay beherbergt durchschnittlich 20 Kranke. Im Jahre 1906 wurden sieben neue Patienten aufgenommen und vier entlassen. Von diesen waren drei Chinesen, welche in ihre Heimat zurückkehrten. Der vierte Fall betraf einen gedienten englischen Soldaten im Alter von 65 Jahren; dieser wurde den gesetzlichen Bestimmungen gemäfs entlassen, weil bei ihm keine Symptome mehr vorhanden waren, welche eine Infektionsgefahr für seine Umgebung wahrscheinlich machen würden. Allerdings war der rechte N. ulnaris so weit verdeckt, dafs man denselben etwa 3—4 Zoll weit oberhalb des Ellenbogens eben erkennen konnte; beide N. peronei waren vergröfsert, aber in verschiedenen Graden; auch funktionierten die Schweifsdrüsen nicht an allen Stellen gleichmäfsig; am rechten Gesäfs waren die Überreste einer Macula erkennbar und einzelne Stellen der Haut sahen sonst auch nicht ganz normal aus. Somit betrachtet T. den Patienten nicht vom medizinischen, sondern nur vom gesetzlichen Standpunkte aus als genesen. Er nennt die Reaktion

der Schweifsdrüsen auf eine Pilocarpininjektion als eine gute Probe auf den Grad der Heilung. Den guten Erfolg — es handelte sich um Lepra tuberosa mit recht ausgebildeten Symptomen — schreibt Verfasser dem reichlichen Gebrauch von Chaulmoograöl zu, von welchem Patient bis zu 18 g per Tag nahm, sowie anderen gelegentlichen Hilfsmitteln.

Der Bericht enthält noch einige andere Krankengeschichten und schöne Abbildungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Leprösen Frankreichs im Mittelalter, von EUGÈNE DULISCOUET. (*Thèse de Bordeaux.* 1906. Nr. 66.) *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Kenntnis der Lepra, von MAURICE ROVERY. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 152.) *Fritz Loeb-München.*

Bemerkungen über Lepra, von J. ASHBURTON THOMPSON - Sydney. (*Lancet.* 30. Nov. 1907.) Zunächst fordert Verfasser noch striktere Beweise, dafs der Bacillus leprae tatsächlich die Causa causans des Leidens ist, und berichtet kurz über einen ausgesprochenen Fall, bei welchem trotz genauester Untersuchung Bazillen nicht gefunden werden konnten. Ferner betont er, dafs der Übertragungsmodus des Leidens, selbst unter Anerkennung der Rolle der Bazillen, noch der genaueren Erforschung bedarf; nach seinen Beobachtungen erkranken nicht ganz selten Individuen, die ihres Wissens nie, jedenfalls also nicht längere Zeit mit Leprösen in Berührung gekommen sind, während andere trotz Zusammenlebens mit den Kranken gesund bleiben; es mufs also irgendein dritter Faktor mit im Spiele sein. Dafs als Eingangspforte etwa kleine Verletzungen der Epidermis dienen, ist auf Grund verschiedener Tatsachen anfechtbar; ebenso kann es nicht als erwiesen erachtet werden, dafs die Nasenschleimhaut die Infektion regelmäfsig vermittelt. Auch in therapeutischer Beziehung nimmt T. einen negativen Standpunkt ein. Was das Chaulmoograöl betrifft, so hat er allerdings einen Fall von Heilung unter Gebrauch desselben beobachtet, doch äufsert er Zweifel über den Anteil des Medikamentes an sich bei diesem Erfolge.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine spezifische Behandlung der Lepra, von F. DEYCKE - Hamburg. (*Brit. med. Journ.* 4. April 1908.) Verfasser schildert seine dem deutschen Leser bereits bekannte Methode der Leprabehandlung mit Nastin und Benzoylchlorid und die zur Entdeckung derselben führenden Untersuchungen. An einigen Photogrammen und Röntgenbildern sind die zu erzielenden Erfolge zum Teil anschaulich gemacht. Ob und inwieweit sich die Methode auch bei Tuberkulose wird verwenden lassen, läfst D. noch in suspenso. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Tuberkulose.*

Die Organisation einer systematischen Bekämpfung des Lupus — eine soziale Notwendigkeit, von P. WICHMANN-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 11.) Nach FINSEN leidet ½‰ der Bevölkerung an Lupus faciei. Diese Zahl ist wahrscheinlich zu niedrig gegriffen. Die Lupösen sind von den meisten Erwerbsquellen durch ihr Leiden ausgeschlossen und fallen ihren meistenteils ärmlichen Angehörigen resp. dem Staate zur Last. Wenn die Krankheit mit den modernen Hilfsmitteln frühzeitig in Angriff genommen wird, ist eine definitive Heilung mit ziemlicher Sicherheit in absehbarer Zeit zu erwarten. Da Lupus eine Krankheit der Unbemittelten ist, müfste von Staatswegen (wie in Dänemark und Österreich) für die Behandlungskosten gesorgt werden. An sechs Abbildungen demonstriert Verfasser die günstigen Wirkungen der Lichtbehandlung (FINSEN, RÖNTGEN, Radium) auch bei veralteten Fällen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Neue Erfahrungen über Hauttuberkulose, von A. Alexander. (*Ther. Centralbl.* 1907. Nr. 23/24.) Interessante Abhandlung. Nichts eigenes Neues.

Arthur Schucht-Danzig.

Über figurierte Elemente im Blut und Leukocytose bei den Lupuskranken, von J. Nicolas und L. Mouriquaud. (*Lyon méd.* Nov. 1907.) Außer den seltenen Fällen, wo mononukleäre Zellen und Lymphocyten vorherrschten, findet man beim Lupus simplex purus keine besonderen figurierten Elemente im Blute. Dagegen sind die ulcerösen, eitrigen Lupusformen und ähnliche Fälle von Hauttuberkulose oft von Hyperleukocytose und mehr oder weniger deutlicher Polynukleose begleitet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Blutstudien bei Lupösen. Leukocytose und Seroagglutination, von Léon Pégeot. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 28.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Erkennung der Tuberkulose durch die Calmettesche Ophthalmoreaktion, von Lurij. (*Russki Wratsch.* 1908. Nr. 2.) Verfasser hat an 60 Kranken im Alter von 10—45 Jahren Versuche mit der Ophthalmoreaktion angestellt und ist mit dem Resultat sehr zufrieden. In allen Fällen unzweifelhafter Tuberkulose der Lungen und anderer Organe gab die Ophthalmoreaktion ein positives Resultat, abgesehen von kachektischen Personen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Erfahrungen über cutane Tuberkulinimpfungen (Pirquet) bei Erwachsenen, von V. Bandler und K. Kreibich-Prag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Verfasser haben nach dem Vorgange v. Pirquets eine Reihe von cutanen Impfungen (statt der subcutanen Injektion) mit Tuberkulin vorgenommen, wobei sie aber abweichend von v. P. unverdünntes Alttuberkulin in die Skarifikationswunde einbrachten. Sie haben meist Erwachsene, zum Teil auch ältere Kinder auf diese Weise geimpft, wobei ihnen 26 Fälle von Lupus oder Hauttuberkulose anderer Art und 37 Fälle ohne Hauttuberkulose als Kontrollfälle zu Gebote standen. Es wurde in der Art verfahren, daſs zwei bis drei Tropfen auf die gereinigte Haut des Armes oder Rückens gebracht wurden und dann durch leicht drehende Bewegungen der Lanzette das Tuberkulin in die geritzte Haut einverleibt wurde. Fieber oder sonstige Beschwerden traten niemals auf. Bei Erwachsenen ist der diagnostische Wert dieser Impfungen nicht sehr zuverlässig, aber nach Meinung der Verfasser immerhin in gewissem Grade werwertbar, indem die Reaktion bei Hauttuberkulose im allgemeinen eine intensivere war als bei den Kontrollfällen. Wegen der Einzelheiten der verschiedenen Versuche sei auf das Original verwiesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kenntnis der cutanen Impfpapel bei der Tuberkeldiagnose nach v. Pirquet, von Frans Daels-Gent. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 2.) Verfasser untersuchte histologisch fünf nach der Pirquetschen Methode erzielte cutane Impfpapeln und kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Nach der cutanen Tuberkulinimpfung ist eine Impfpapel im engeren (v. Pirquetschen) Sinne und eine Spätform der Papel (Stadelmanns Spätreaktion) zu unterscheiden.

2. Die Histologie dieser Spätform der Papel ist (Serienschnitte!) stellenweise die des typischen Tuberkels. Die Papel selbst entsteht als eine Wirkung inokulierter abgetöteter Tuberkelbazillen und ihrer Trümmer, die im Tuberkulin enthalten sind. Die Struktur als solche und deren Genese decken sich mit dem Befunde Klingmüllers bei der cutanen „Stichreaktion“ nach Tuberkulininjektion.

3. Die Papel demonstriert am menschlichen Körper diejenige Affektion, die durch Inokulation abgetöteter Tuberkelbazillen beim Tier erzeugt wird.

4. Werden durch Tuberkulin Veränderungen von spezifischem tuberkulösem Bau erzeugt und eine lokale spezifische Reaktionsfähigkeit getroffen, so kommen abgetötete

Bazillen oder Fragmente solcher ätiologisch in Frage. Dafs die blofse Flüssigkeit als solche die nämlichen geweblichen Veränderungen zu setzen vermag, ist nach Verfasser nicht erwiesen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Diagnose und Therapie tuberkulöser Hautaffektionen, von F. Nagelschmidt-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) In einigen Fällen hat N. mit der cutanen Impfung von Alttuberkulin nach dem Vorgang v. Pirquets befriedigende Resultate erzielt. Er findet auch, dafs man an diesen Impfungen ein in gewissem Grade zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel hat, indem eine solche, auf gesunder Haut ausgeführt, bei weitem nicht die gleiche Intensität der Reaktion hervorbringt wie in dem Gebiet oder in der Nähe eines tuberkulösen Herdes an der Haut. Für die ausgedehntere therapeutische Verwendung des Verfahrens besteht der Hauptnachteil darin, dafs bei Tuberkulose eine ziemlich tiefgreifende Ulceration und dementsprechend nachträgliche Narbenbildung stattfindet. Dies läfst sich auch nicht etwa durch eine Verminderung der angewandten Dosis verhüten, denn im allgemeinen ist die Reaktion auf eine verdünnte Lösung des Tuberkulins ebenso stark wie auf die Impfung mit dem Originalpräparat. Immerhin wird man gelegentlich bei besonders refraktären und günstig gelegenen Läsionen zu diesem Mittel seine Zuflucht nehmen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dritter Jahresbericht von Henry Phipps Institut zum Studium, Behandlung und Prophylaxe der Tuberkulosis, 1. Februar 1905 bis 1. Februar 1906, herausgegeben von Joseph Walsh, Philadelphia 1907. Dieser Jahresbericht bringt eine Fortsetzung des Berichtes über die Behandlung mit Maragliano-Serum, eine statistische Studie über den Einflufs des Henry Phipps-Instituts auf die Mortalität an Tuberkulose in Philadelphia und einige wissenschaftliche Arbeiten, von welchen zwei für uns von besonderem Interesse sind: Albuminurie bei Lungentuberkulose von C. M. Montgomery und Die Nieren bei der Tuberkulose von Jos. Walsh.

M. kommt zu folgenden Schlüssen: Albuminurie renalen Ursprungs kann sehr früh bei chronischer Lungentuberkulose vorkommen, indem ihre Häufigkeit mit zunehmender Krankheit wächst und sie im späteren Stadium derselben selten fehlt. Die Eiweifsmenge ist selbst in vorgeschrittenen Fällen gewöhnlich nur eine Spur; gröfsere Mengen sind meist, wenn auch nicht immer, von ernster Bedeutung. Fehlen von Eiweifs bedeutet nicht Fehlen von Nephritis. Die Albuminurie ist offenbar teilweise auf die Wirkung des Tuberkelbacillus und anderer Bakterien auf die Nieren zurückzuführen und wahrscheinlich auch zeitweise auf Störungen des Gefäfssystems der Nieren, selbst unabhängig von einer Nephritis, zurückzuführen. Das Vorkommen von geringen Mengen oder gar keinem Eiweifs, selbst bei ausgesprochener Nephritis, kann zum Teil auf den normalen Zustand der Glomeruli zurückzuführen sein. Albuminurie ist häufig mit Harncylindern verbunden. Oedema kommt nicht oft und dann nur in geringer Intensität vor. Was Alter und Geschlecht betrifft, so fand M. in seiner Statistik häufiger Fälle bei Leuten, die über 50 Jahre, und bei Kindern, die unter 5 Jahre alt waren, ferner häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht. Die Häufigkeit der Albuminurie wächst mit der Länge der Zeit, welche die Tuberkulose gewährt hat, und zwar bis zu zehn Jahren, und dann nimmt sie allmählich ab; eine viel gröfsere Verhältniszahl tödlich endender Fälle haben Albuminurie als die günstiger verlaufenden Fälle und viel mehr Patienten mit Albuminurie gehen mit Tod ab, als solche ohne Albuminurie.

Die zweite Arbeit, „Die Nieren der Tuberkulose“, stützt sich auf ein pathologisches und klinisches Studium von 101 Nierenbefunden bei Lungentuberkulose im Vergleich mit 44 verschiedenen Fällen von Nephritis ohne Tuberkulose. Dieser Vergleich lehrte, dafs es aufser Tuberkeln (in einigen Fällen) keine für Tuberkulose spezifische Art

von Nepritis gibt und daſs jede Art von Nephritis mit Ausnahme der hämorrhagischen und der Glomerulonephritis gefunden wurde. Die am häufigsten gefundene Form war die chronische, herdweise, interstitielle Nephritis (in 77% der Fälle); sie scheint das Resultat einer lokalen Infektion zu sein und möglicherweise auf eine solche durch den Tuberkelbacillus selbst zurückzuführen. Chronische, allgemein interstitielle Nephritis ist nicht nur ungewöhnlich in Verbindung mit Lungentuberkulose, sondern es hat beinahe den Anschein, als ob dieselbe Antagonist einer solchen Nierenerkrankung wäre. Chronische parenchymatöse Nephritis (gewöhnlich milderen Grades) wurde in 34% der Tuberkulosefälle gefunden; aber ob sie von Tuberkulose abhängt oder nicht, kann nicht gesagt werden. Positiver Tuberkelbefund in den Nieren war in 43% der Fälle vorhanden; Tuberkelbazillen im Urin wurden in 75% der untersuchten (zwölf) Fälle gefunden. Ödem war in 37% der Fälle vorhanden, und zwar am häufigsten in Verbindung mit akuter parenchymatöser Nephritis. Das Herz war gewöhnlich normal, sowohl in bezug auf den klinischen wie pathologisch-anatomischen Befund; wenn es nicht normal war, so war kein Zusammenhang zwischen Herz- und Nierenerkrankung zu konstatieren. Die häufigsten klinischen Symptome von Nephritis bei Tuberkulose sind nach Verfassers persönlichen Erfahrungen hyaline und Granularcylinder im Urin, weniger häufige leichte Spuren von Eiweiſs im Urin und Oedema. Kurze Beschreibung sämtlicher 145 Fälle, welche die Grundlage vorliegender Arbeit bilden.

Stern-München.

Ein Fall von Tuberkulose der Nase mit Zerstörung der tieferen Gewebe, von J. V. Shoemaker-Philadelphia. (*Transact. amer. med. assoc.*, Jahresversammlung. 4.—7. Juni 1907.) Eine 43jährige verheiratete Frau ohne erbliche Belastung akquirierte durch Unfall eine Fraktur des Nasenbeins. Dieselbe war erst nach einem Jahre wieder fast geheilt. Sechs Wochen nach erfolgter Heilung trat an der linken Ala nasae eine Papel von der Gröſse einer gespaltenen Erbse hervor und ging bald in Ulceration über. Diese ergriff bald die linke Wange und die linke obere Hälfte der Lippe. Später wurde die rechte Ala nasi ergriffen, und jetzt ist die ganze Nase unter Zerstörung des Knorpels und der tieferen Gewebe ergriffen. Die histologische Untersuchung eines exzidierten Stückes ergab in den tieferen Lagen vermehrtes Epithel, einzelne Riesenzellen und an vereinzelten Schnitten hier und da auch Tuberkelbazillen. Das Geschwür hat eine hellrote Farbe, etwas infiltrierte Ränder, ist uneben, granuliert und mit einem dünnen, gelblichen Sekret bedeckt. Die zeitweilig sehr erheblichen Schmerzen bessern sich unter Behandlung mit einer Lösung von Kreosot, Atropin, Kokain, Aq. hamamelis und Liq. calcis. Eine längere Behandlung mit J und Hg hatte keine Besserung bewirkt.

Bei der Diskussion des Falles traten verschiedene Redner trotzdem für die Diagnose Syphilis ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Rolle der Nasenschleimhaut bei der Entstehung des Lupus vulgaris des Gesichts, von Henri Caboche-Paris. (*La presse méd.* 1907. Nr. 77.) In weiterer Verfolgung der Arbeiten von Chiari, Bresgen usw., hat der Verfasser Untersuchungen über den Ausgangspunkt des Gesichtslupus angestellt und ist zur Überzeugung gelangt, daſs derselbe in einer lupösen Erkrankung der Nasenschleimhaut zu suchen sei, die sich dann auf dem Wege der Lymphbahnen auf die Gesichtshaut ausdehnt. Es hat sich gezeigt, daſs in einer groſsen Anzahl von Lupus des Gesichts, gleichzeitig auch Lupus der Nasenschleimhaut besteht, daſs derselbe monate- und jahrelang vorangegangen ist und daſs auch in jenen seltenen Fällen, in welchen anscheinend Gesichtslupus primär besteht, doch eine Eingangspforte für die Tuberkelbazillen, von der Nasenschleimhaut aus, angenommen werden kann.

In therapeutischer Beziehung ist aus diesen Tatsachen der Schlufs zu ziehen, dafs in der Behandlung des Gesichtslupus, die Behandlung der entsprechenden lupösen Nasenerkrankung von besonderer Wichtigkeit ist, da oft auf die Besserung des Nasenlupus auch eine solche des Gesichtslupus zu beobachten ist, selbst wenn man letzteren direkt gar nicht behandelt hat. Andererseits ist eine Heilung des Gesichtslupus nicht zu erwarten, so lange die Nasenerkrankung ungestört weiter besteht, da dieselbe immer eine Quelle neuer Reinokulationen für die Gesichtshaut abgeben wird.

E. Toff-Braila.

Die Behandlung des Lupus vulgaris, von W. Scholtz-Königsberg. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1907. Nr. 21.) Darlegung der Wirkungs- und Anwendungsweise der verschiedenen Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris für den praktischen Arzt. Zuerst bespricht Verfasser die Allgemeinbehandlung, — die roborierende Diät, klimatische Kuren und die Behandlung mit Alt-Tuberkulin. Von lokalen Behandlungsmethoden erörtert Verfasser der Reihe nach die Exzision, die Auskratzung, die Paquelinisierung, das Heifsluftverfahren, die Verätzung mit roher Salzsäure, die Pyrogallusbehandlung, die Röntgen- und Finsenmethode. Keine von den Methoden eigne sich in jedem Falle von Lupus, richtige Auswahl der im einzelnen anwendbaren Methode, geschickte Kombination der verschiedenen Verfahren und konsequente Durchführung lassen immer den gewünschten Erfolg erzielen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Behandlung des Lupus, von Eduard Lang-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 45.) Der Verfasser vertritt den Standpunkt, dafs in vielen Fällen die radikale Heilung des Lupus nur von dem plastisch-operativen Verfahren und von der Belichtung nach Finsen zu erwarten ist. Im Gegensatz zu der in der Diskussion der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vertretenen Auffassung zeigt er an seinem reichen Material, dafs der kosmetische Effekt nach Exstirpation und Plastik ausgezeichnet ist, dafs es nicht zutrifft, wenn dort über fünfmarkstückgrofse Herde als ungeeignet für die Exstirpation erklärt werden, dafs die dort ausgesprochene Warnung von Lupusoperationen am Ohre, am Lid und an der Nase vollkommen ungerechtfertig ist.

Schourp-Danzig.

Röntgenbehandlungsresultate bei Lupus vulgaris, von Ernst Eitner-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 20/21.) Ein Teil der Patienten wurde in der Klinik, der gröfsere ambulatorisch behandelt, die Resultate waren ganz gut. Die Röntgenbehandlung ist schmerzlos, unblutig, sie liefert sehr schöne kosmetische Resultate und ist auch noch für Fälle anwendbar, die wegen ihrer grofsen Ausdehnung für jede andere Behandlung ungeeignet sind, sie ist der Finsenbehandlung gleichwertig und hat den Vorteil einer bedeutend kürzeren Behandlungsdauer. Auch sind die Schleimhautläsionen für Röntgen leichter zugängig und die Behandlung ist weniger umständlich.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die radiotherapeutische Behandlung des Lupus, von Paul F. V. Richez. (*Thèse de Lille.* 1905. Nr. 9.)

Fritz Loeb-München.

Fig. 1.

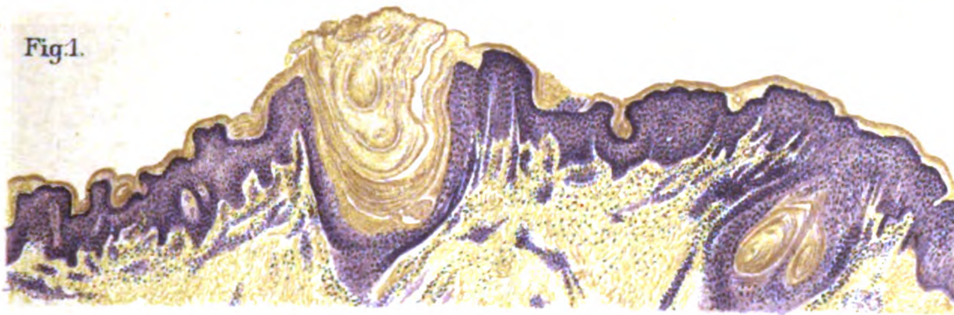


Fig. 2.

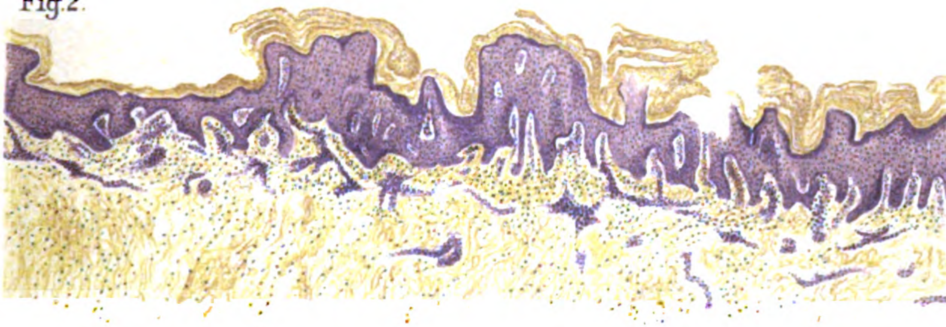


Fig. 3.

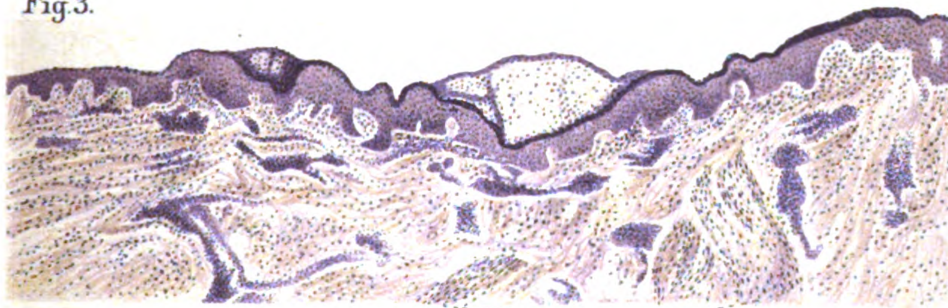
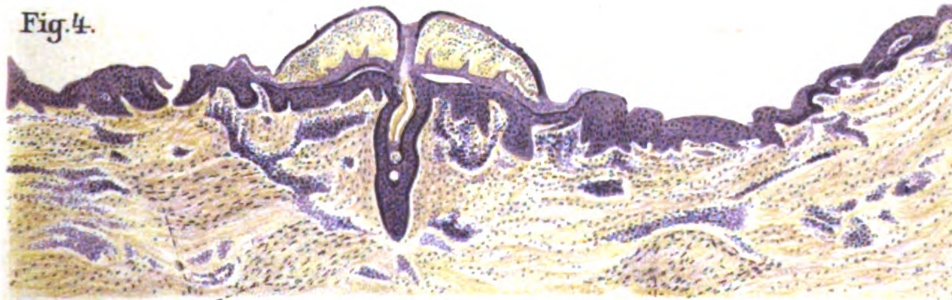


Fig. 4.



Käthe Schlick, del.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 46. № 12. 15. Juni 1908.

Über schmerzlose, intramuskuläre Quecksilberinjektionen, mit besonderer Berücksichtigung eines Quecksilbernatriumglycerates.

Von

Dr. H. Mayer-Berlin.

An der Unentbehrlichkeit der Injektionskur wird wohl niemand mehr zweifeln, der weiſs, daſs es Fälle von Syphilis gibt, welche sich gegenüber jeder anderen Applikationsweise des Quecksilbers als refraktär erweisen. Ebenso sicher steht aber auch fest, daſs bei einer groſsen Anzahl von Fällen, in denen die Spritzkur indiziert ist, ihre Durchführung bloſs daran scheitert, daſs der empfindliche Patient die Schmerzen, welche sich nach der Injektion des Quecksilbersalzes einstellen, nicht mit in Kauf nehmen will und, wie das nicht selten vorkommt, nachdem er eine oder einige Spritzen erhalten hat, den Arzt lieber gar nicht mehr aufsucht, besonders, wenn inzwischen die syphilitischen Erscheinungen bereits verschwunden sind. Ein groſser Teil dieser Patienten, zu denen infolge seiner Empfindlichkeit das weibliche Geschlecht und hierunter die geheime Prostitution das gröſste Kontingent stellt, entzieht sich dann für die Folge jeglicher Behandlung oder fällt in die Hände des Kurpfuschers. Welcher soziale Schaden in gesundheitlicher Hinsicht also indirekt durch die Schmerzhaftigkeit der Injektionskuren herbeigeführt werden kann, liegt danach auf der Hand.

Die Bemühungen, die Injektionstherapie bei Syphilis schmerzlos zu gestalten, sind daher auch nicht neu. Besonders drei Wege sind es, welche bisher zur Erreichung dieses Zweckes eingeschlagen wurden:

Erstens hat man der Lösung des Quecksilbersalzes irgend eine indifferente Substanz zugesetzt, welche der Entstehung des Schmerzes vorbeugen sollte. Hierzu gehört der Zusatz von Kochsalz zur Sublimatlösung, welcher in der Tat die Schmerzhaftigkeit der Einspritzung erheblich herabsetzt; in demselben Sinne soll auch ein Zusatz von 0,5 % Harnstoff zur 1 %igen Sublimatlösung wirken.

Zweitens hat man solche differente Substanzen zugesetzt, welche im allgemeinen als Lokalanästhetika benutzt werden, z. B. Orthoform, Novokain, Akoin und ähnliche. Unter dem Namen Corrosol wurde eine Lösung in den Handel gebracht, welche das Quecksilbersalz der Bernsteinsäure und der Methylarsensäure mit einem Zusatz von Novokain enthält. Nach demselben Prinzip ist auch die sogenannte Injektion Hirsch zusammengesetzt, welche 1 % Hydrargyrum oxycyanatum und 0,5 % Akoin in wässeriger Lösung enthält.

Drittens hat man sich bemüht, Quecksilbersalze zu finden, die an sich schon keinerlei Reiz und infolgedessen auch keinen Schmerz an Ort und Stelle der Injektion erzeugen. In der Tat scheinen einige Präparate, wie z. B. das Merkuriolöl, eine lokale Reaktion nur in mäfsigem Grade und selten zu bewirken.

Wenn wir uns nun fragen, von welcher dieser drei Arten von Injektionen wir am wenigsten eine Erreichung unseres Zweckes erhoffen dürfen, so liegt es auf der Hand, dafs der Zusatz eines Lokalanästhetikums in keiner Weise unseren Zwecken genügen kann. Es gibt ja leider kein Lokalanästhetikum, welches länger als einige Stunden völlige Anästhesie bewirkt. Sobald daher die Wirkung des Lokalanästhetikums auf die Nervenendigungen an der Injektionsstelle aufgehört hat, macht sich die durch die Einspritzung geschaffene lokale Veränderung des Gewebes durch Schmerzen bemerkbar. Dementsprechend war auch schon die ältere Methode des Zusatzes indifferenter Salze an sich geeigneter, uns zum Ziele zu führen, da in ihr bereits das Prinzip enthalten war, die lokale Reaktion tunlichst zu vermeiden. Leider genügt jedoch der Zusatz von Kochsalz oder Harnstoff nicht, um eine Gewebsveränderung an der Injektionsstelle hintanzuhalten. Wenn auch die mit Kochsalz versetzte Sublimatlösung im Reagenzglas das Eiweifs aus seinen Lösungen nicht fällt, so lassen doch die lokalen Symptome, welche nach der Einspritzung von Sublimatkochsalzlösung eintreten, darauf schliefsen, dafs das Gewebseiweifs zu einem ganz erheblichen Teile gefällt wird; denn oft treten Infiltrate auf, welche noch Tage, ja Wochen lang derbe Knoten hinterlassen.

Zweifellos entstehen die Schmerzen nur dadurch, dafs die eingespritzte Substanz oder Lösung als Fremdkörper wirkt. Während die unlöslichen Quecksilbersalze schon an sich als Fremdkörper wirken, gehen die löslichen Salze nach der Injektion mit dem Gewebseiweifs eine feste Verbindung ein, welche ihrerseits die Fremdkörperwirkung ausübt. Es wäre also wünschenswert, eine Injektionsflüssigkeit zu finden, welche an Ort und Stelle keine Gewebsveränderung schafft, sondern leicht und schnell resorbiert wird, um unverändert in das Blut zu gelangen. Die oben erwähnten Injektionsmittel, welche die Forderung der Schmerzlosigkeit mehr oder weniger erfüllen, haben ohne Ausnahme bestimmte andere Nachteile.

Entweder ist die therapeutische Wirkung nicht energisch genug, oder die Injektion hat statt der Schmerzhaftigkeit andere Nebenerscheinungen unangenehmer Natur zur Folge oder die Lösung läßt sich aus äußeren praktischen Gründen nicht gut verwerten, z. B. aus dem Grunde, daß sie sich nicht lange hält und stets frisch bereitet werden muß. Die Merkuriolinjektionen z. B. sind nach GLÜCK in der Mehrzahl der Fälle vollständig schmerzlos und wirken sehr intensiv, aber es wurden die Erscheinungen der Lungenembolie sowie vorübergehende Steigerung der Körpertemperatur und ausnahmsweise auch überraschend auftretende Stomatitis, sogar mehrere Wochen nach Abschluß der Behandlung, beobachtet.

Von einem idealen Quecksilberinjektionsmittel müßten wir dagegen folgende Eigenschaften verlangen:

1. Schmerzlosigkeit der Injektionsstelle während und nach der Injektion;
2. energische Wirkung auf die Krankheitsprodukte;
3. das Ausbleiben von Nebenerscheinungen;
4. unbegrenzte Haltbarkeit der Lösung.

Für diese postulierten Eigenschaften haben wir einige mehr oder weniger sichere Kriterien. Bezüglich der Schmerzlosigkeit resp. Schmerzhaftigkeit sind wir völlig auf die Angaben des Patienten angewiesen, auf die wir uns ja im allgemeinen wohl verlassen können, besonders wenn die Angaben einer größeren Anzahl von Patienten miteinander übereinstimmen. Abweichende Äußerungen sind stets mit Vorsicht aufzunehmen. So hatte ich z. B. eine Patientin in Behandlung, welcher ich ein nach den Aussagen sämtlicher übrigen damit behandelten Patienten schmerzloses Antisyphiliticum (Mergandol) injizierte, und welche nach jeder Injektion über heftige Schmerzen klagte. Um festzustellen, ob das Auftreten der Schmerzen wirklich auf die injizierte Lösung zurückzuführen sei, stach ich ihr einmal die Injektionsnadel in die Nates ein, ohne eine Injektion folgen zu lassen. Trotzdem erzählte mir die Patientin, als sie das nächste Mal wiederkam, sie habe heftige Schmerzen gehabt. Daraus folgt, daß sie entweder aus einem allerdings nicht erkennbaren Grunde die Schmerzen fingiert hat oder daß der Nadelstich an und für sich bei der sonst hysterischen Person nachhaltige Schmerzen verursacht hat.

Zur Beurteilung der Energie, mit welcher das injizierte Antisyphilitikum gegen die Krankheit wirkt, kommen die Kenntnis des Zeitraumes, in welchem die klinischen Symptome schwinden, die Kenntnis der Quecksilbermenge, welche nötig war, um die Symptome zum Schwinden zu bringen, die Kenntnis der durchschnittlichen Häufigkeit der Rezidive, die Kenntnis des Zeitraumes, in welchem Quecksilber im Urin nachweisbar wird, und der Menge des täglich ausgeschiedenen Quecksilbers sowie schließlich die serodiagnostischen Ermittlungen in Betracht. Was zunächst

dieses letzte Kriterium betrifft, so ist bestimmt zu hoffen, daſs man durch die Serumreaktion mit der Zeit auch ein zuverlässiges Urteil über die Wirkungsenergie der verschiedenen Quecksilberpräparate gewinnen wird. Jedoch liegen diese lohnenden Untersuchungen vorerst auſserhalb des Rahmens dieser Arbeit, so daſs ich von einer eingehenderen Besprechung absehen muſs. Was den Quecksilbernachweis im Harn betrifft, so müssen wir uns vor Augen halten, daſs wir durch ihn nur ermitteln können, wie schnell und in welcher Menge das Quecksilber in den Blutkreislauf gelangt. Welche Energie jedoch das in den Organismus gelangte Quecksilber entfaltet hat, geht nicht daraus hervor; denn es gibt Präparate, welche wohl eine sehr hohe Quecksilberausscheidung im Urin hervorrufen, und trotzdem sich bezüglich ihrer Wirkungsenergie mit anderen Mitteln, welche eine geringere Ausscheidung im Urin bewirken, nicht vergleichen können. Die Wirkung des Quecksilbers hängt ja nicht allein davon ab, in welcher Quantität das Quecksilber resorbiert wird, sondern vielmehr davon, in welcher Form es in den Organismus gelangt. Die verschiedenen Quecksilberpräparate sind also keineswegs als gleichwertig zu betrachten, selbst dann nicht, wenn wir durch jedes dem Organismus die gleiche Quantität Quecksilber zuführen würden. Wir dürfen daher nicht sagen: Ein Quecksilberpräparat wirkt desto energischer, je mehr Quecksilber es enthält und in den Organismus gelangen läſst; sondern wir müssen sagen: Ein Quecksilberpräparat wirkt desto energischer, je weniger Quecksilber durch seine Verwendung nötig ist, um die klinischen Symptome zum Schwinden zu bringen. So sagt Glück in einer Gegenüberstellung von Sublimat mit Merkuriolöl, daſs „die Heilung der verschiedenen syphilitischen Ausschlagsformen bei der intramuskulären Verwendung des Merkuriolöls nicht nur eine etwas längere Behandlungsdauer, sondern auch eine etwa vier- bis fünfmal gröſsere Quecksilbermenge beansprucht als bei dem Gebrauche des Sublimats“. Daſs ein Unterschied in der Wirkungsenergie unabhängig von der im Präparate enthaltenen Quantität Quecksilber besteht, das beweist uns auch die nicht selten vorkommende Idiosynkrasie gegen gewisse Präparate, eine Idiosynkrasie, welche dann zutage tritt, wenn dem betreffenden Organismus mehr Quecksilber einverleibt wird als er verträgt. Gerade in solchen Fällen ist es von ungeheurem Wert, ein Präparat anzuwenden, welches in dem betreffenden Organismus so wenig Quecksilber zur Wirkung kommen läſst, daſs keine üblen Nebenerscheinungen auftreten, und trotzdem genug Quecksilber, um die Krankheitserscheinungen zum Schwinden zu bringen.

Viele Autoren verlangen von einem energisch wirkenden Quecksilberpräparat, daſs es eine möglichst lange Remanenz des Hg im Organismus veranlaſst. Der Nutzen einer solchen Remanenz erscheint jedoch schon zweifelhaft, wenn man bedenkt, daſs bereits einige Wochen nach Beendi-

gung der Kur nur noch Spuren von Quecksilber im Urin nachweisbar sind, daſs also im Organismus nur noch eine Menge Hg zirkulieren kann, der irgendeine Wirkung auf die Krankheit nicht mehr nachgesagt werden kann. Dazu kommt, daſs, wie M. v. ZEISSL feststellt, die Häufigkeit der Rezidive keineswegs umgekehrt proportional der Remanenz ist. Im Gegenteil birgt die lange Remanenz noch die Gefahr in sich, daſs der Organismus, wenn eine neue Kur infolge rezenter Erscheinungen nötig wird, auf das neu einverleibte Quecksilber nicht energisch genug reagiert und eine viel längere Behandlung erfordert, als wenn er von Quecksilber gänzlich frei gewesen wäre. Ist es doch eine analoge, nicht mehr bestreitbare Tatsache, daſs die ersten Sekundärerscheinungen der Syphilis der Therapie einen gröſseren Widerstand entgegensetzen, wenn bereits gleich beim Auftreten des Primäraffektes mit spezifischer Allgemeinbehandlung begonnen wurde. Nicht ganz logisch erscheint mir der Standpunkt derjenigen Autoren, welche einerseits die Anwendung löslicher Quecksilbersalze verwerfen, weil diese eine zu kurze Remanenz im Organismus veranlassen, andererseits aber der chronisch intermittierenden Behandlung entgegentreten, weil infolge derselben neue Eruptionen durch eine neue Kur weniger leicht zu beseitigen sind. Mag man der Injektion unlöslicher Salze noch so sehr das Wort reden, bestreiten läſst sich nicht, daſs wir nur mit Hilfe der löslichen Salze imstande sind, eine prompte Wirkung auszuüben, die Einverleibung des Hg genau zu dosieren und eine Kumulierung zu vermeiden.

Vorläufig, müssen wir sagen, sind die sichersten Kriterien für die Beurteilung der Wirkungsenergie eines Quecksilberinjektionsmittels die Kenntnis des Zeitraumes, in welchem die klinischen Symptome schwinden, und die Kenntnis der Quecksilbermenge, welche bei Verwendung eines bestimmten Präparates nötig war, um die Symptome zum Schwinden zu bringen. Es sei mir daher gestattet, daſs ich in folgendem nur diese beiden Kriterien in Anwendung bringe.

Von den oben kurz erörterten Gesichtspunkten ausgehend, postulierte ich die Herstellung eines Hg enthaltenden Präparates, welches keinerlei lokale Reaktion an der Injektionsstelle veranlaſst, sondern unverändert ins Blut gelangt und gerade soviel Hg enthält, daſs einerseits keine Nebenerscheinungen auftreten, andererseits die Krankheitserscheinungen rasch beseitigt werden. Diesen Forderungen scheint nun am meisten ein Präparat zu genügen, welches ich anderthalb Jahre lang teils an der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Charlottenburg (Chefarzt Herr Dr. BECKER), teils in meiner eigenen Praxis erprobt habe. Es handelt sich um ein Quecksilbernatriumglycerat, dessen Lösung Mergandol genannt wird; diese Lösung enthält in 1 ccm Glycerin 0,0035 g Quecksilber; nur in Glycerin gelöst scheint das sonst amorphe Natriumglycerat beständig zu sein. Seine übrigen chemischen Eigenschaften qualifizieren

sich folgendermaſsen: Das Quecksilber wird aus dem Mergandol weder durch Alkalien noch durch Säuren gefällt; ebenso wird durch die Lösung das Körpereiweiſs in keiner Weise verändert, es wird nicht gefällt.

Ich habe mit dem Präparat insgesamt bisher 104 Injektionskuren durchgeführt; hierzu waren 2080 Injektionen à 2 ccm der Lösung erforderlich. Jeden zweiten Tag wurden je 2 ccm in die Glutaealmuskulatur injiziert, bei jedem Patienten fanden im ganzen 20 solcher Injektionen Anwendung. Zur Injektion wurden ausschlieſslich Platin-Iridium-Kanülen mit 3—3½ cm langen, dünnen Nadeln verwendet; die gewöhnlichen Stahlnadeln sind nämlich nicht zu verwenden, weil sie nach kurzer Zeit oxydiert werden. Vor der Injektion wurden Spritze und Kanüle durch Kochen sterilisiert, nach der Injektion mit Alkohol durchgespült.

Abgesehen von jener oben erwähnten, später als hysterisch erkannten Patientin äuſserte sich kein Patient spontan über Schmerzen während oder nach der Injektion. Auch durch Befragen wurde bei keinem Patienten festgestellt, daſs er nach der Injektion Schmerzen gehabt hätte. Selbst Patienten, welche sehr viel ihre Beine zur Arbeit gebrauchen müssen, wie z. B. ein Stubenbohner, gaben an, daſs sie bei der Arbeit keinerlei Behinderung nach der Injektion erfahren hätten. Den Angaben der Patienten entsprach auch der objektive, klinische Befund an der Injektionsstelle; bei keinem Patienten lieſs sich eine druckempfindliche Stelle, eine Induration oder ein Infiltrat nachweisen. Nach Beendigung der ganzen Kur (20 Injektionen zu 2 ccm) fühlten sich die Nates bei jedem Patienten völlig an wie normale Nates, so daſs niemand imstande gewesen wäre nachzuweisen, daſs der betreffende Patient eine Spritzkur durchgemacht hatte.

Hinsichtlich der Wirkungsenergie möchte ich auf das oben Gesagte zurückgreifen. Da in 1 ccm Mergandol 0,0035 g Quecksilber enthalten sind, so erhielt jeder Patient alle zwei Tage nur 0,007 g Quecksilber, also während der ganzen Kur (20 Injektionen) insgesamt 0,14 g Quecksilber. Vergleichen wir diese Verhältnisse mit einer Sublimatspritzkur. Die gebräuchlichste Form derselben ist wohl die, daſs der Patient jeden zweiten Tag 2 ccm einer 1 %igen Sublimatlösung, mithin bei jeder Injektion 0,0148 g Quecksilber erhält. Bei der Mergandolkur wird also dem Patienten mit jeder Einspritzung etwas weniger als die Hälfte derjenigen Menge Quecksilber einverleibt, welche ihm bei der Sublimatspritzkur zugeführt wird. Daſs, wie aus folgendem noch hervorgeht, die Sublimatinjektion eine geringere Wirkung entfaltet, liegt wohl daran, daſs bei der Sublimatinjektion eine teilweise Fällung des Gewebseiweiſses an der Injektionsstelle eintritt und auf diese Weise ein Teil des injizierten Quecksilbers eine Zeitlang in den Nates unverbraucht liegen bleibt. Die Wirkung der Mergandolkur war derart, daſs die gewöhnlichen, syphilitischen Haut-

erscheinungen (makulöses, papulöses Exanthem, hypertrophische Papeln an den Genitalien usw.) und Schleimhauterscheinungen (Angina, Plaques usw.) durchschnittlich nach drei Injektionen, also nach Einverleibung von 0,021 g Hg verschwunden waren.

Was die merkuriellen Nebenerscheinungen betrifft, so gab eine Patientin an, daſs sie immer am Tage nach der Injektion mäſsigen Durchfall habe. An den Tagen (resp. Abenden), an denen sie in meine Sprechstunde zur Injektion kam, hatte der Durchfall jedoch jedesmal bereits wieder aufgehört. Die Patientin besaſs ohne Zweifel eine starke Idiosynkrasie gegen Quecksilber, wie auch daraus hervorgeht, daſs sie bei einer Schmierkur, die sie ein halbes Jahr zuvor begonnen hatte, bereits nach einigen Einreibungen heftigen Durchfall bekam, welcher sie zwang, die Schmierkur erst zu unterbrechen und schlieſslich sogar aufzugeben. Die Mergandolkur konnte jedoch bei ihr, da sie ja nur jeden Tag nach der Einspritzung den Durchfall hatte, und da Stomatitis, Albuminurie und andere Nebenerscheinungen nicht auftraten, mit glücklichem Erfolge in voller Dosis (20 mal 2 ccm) zu Ende geführt werden. Bei allen übrigen 103 Patienten verlief die Kur ohne jegliche Nebenerscheinungen; in der Regel wurde eine ansehnliche Zunahme des Körpergewichtes konstatiert.

In folgendem greife ich aus meinen Beobachtungen sechs Fälle heraus, ohne dabei eine besondere Auswahl nach irgendeiner Richtung hin zu treffen.

Fall I. Kaufmann V., 28 Jahre alt. Der Patient kam am 19. Oktober 1907 in meine Behandlung. Er war ungefähr dreiviertel Jahr zuvor mit Syphilis infiziert worden. Seine momentanen Erscheinungen waren Papeln auf dem Kopfe, spezifische Alopecie und Plaques links und rechts am Zungenrande. Auſserdem stellte ich bei ihm einen Katarrh der rechten Lungenspitze fest. Der Patient erhielt jeden zweiten Tag 2 ccm Mergandol in die Nates. Nach drei Injektionen waren die Plaques, nach vier Injektionen die Papeln auf dem Kopfe völlig verschwunden. Drei Wochen nach Beginn der Kur hatten sich auch die letzten Spuren der Alopecie verloren. Zu Beginn der Kur hatte der Patient ein Körpergewicht von 136 Pfund, am Ende der Kur ein solches von 144 Pfund, also im ganzen acht Pfund Gewichtszunahme.

Fall II. Destillateur Z., 25 Jahre alt. Der Patient kam am 4. November 1907 in meine Behandlung. Er hatte sich anderthalb Jahre vorher infiziert. Er hatte einen zehnpfennigstückgroſsen Plaque links an der Unterlippe und drei kleinere Plaques am rechten Zungenrande. Behandlung wie im vorigen Falle. Nach vier Injektionen sind sämtliche Erscheinungen verschwunden. Körpergewicht: zu Beginn der Kur 141 Pfund, am Ende der Kur 153 Pfund, Gewichtszunahme 12 Pfund. Der Patient hatte im Frühjahr 1907 in einer Poliklinik eine Spritzkur

begonnen, war aber nach der fünften Einspritzung wegen der Schmerzhaftigkeit weggeblieben.

Fall III. Fräulein K., Dienstmädchen, 23 Jahre alt. Die Patientin weifs nichts von einer Infektion, sie gibt an, es sei ihr früher nie etwas an ihrem Körper oder in ihrem Befinden aufgefallen. Seit fünf Wochen habe sie bemerkt, dafs ihre Geschlechtsteile ganz und gar wund seien; sie habe deswegen schon wiederholt Bäder genommen, jedoch ohne Erfolg. Die Untersuchung ergibt eine grofse Anzahl hypertrophischer Papeln an den grofsen Schamlippen, starke Scleradenitis inguinalis duplex (die Drüsen sind nahezu hühnereigrofs) und eine schwere Angina specifica. Die Patientin erhält am 10. Dezember 1907 die erste Injektion. Ihr Dienst verhindert sie, regelmäfsig zu erscheinen; daher erhält sie die folgenden Spritzen wie folgt: die zweite am 12. Dezember, die dritte am 16. Dezember, die vierte am 18. Dezember, die fünfte am 22. Dezember, die sechste am 28. Dezember, die siebente am 31. Dezember, die achte am 2. Januar 1908. Da die Patientin Berlin verliefs, konnte ich die Kur nicht weiter fortsetzen. Am 22. Dezember, als die Patientin nach der vierten Injektion wieder in die Sprechstunde erschien, waren die Angina luetica und die hypertrophischen Papeln völlig abgeheilt. Hinsichtlich der letzteren mufs ich jedoch bemerken, dafs sie auch lokal behandelt wurden, indem die Patientin sich dreimal täglich Verbandmull, welche mit Mergandol getränkt war, vor die Genitalien legte. Als ich am 2. Januar 1908 die Patientin aus meiner Behandlung entliefs, waren auch die geschwollenen Leistendrüsen völlig zur Norm zurückgekehrt.

Fall IV. Fräulein B., Schneiderin, 20 Jahre alt. Die Patientin tritt am 6. Januar 1908 in meine Behandlung. Sie weifs nicht, wann sie infiziert wurde. Erscheinungen: Papulomakulöses Exanthem, Papeln an den Genitalien, Cephalaea nocturna, Angina specifica; die Erscheinungen bestehen seit vier Tagen. Gravidität ungefähr seit sieben Wochen. Wegen der heftigen, abends auftretenden Kopfschmerzen wird der Patientin Jodkalium zusammen mit Bromkalium verordnet. Im übrigen Behandlung wie in den vorerwähnten Fällen. Die Kopfschmerzen sind nach drei Tagen verschwunden (wohl infolge des Jodkalium), die übrigen Erscheinungen nach drei Injektionen. Nach sechs Injektionen sind die ursprünglich wallnufsgrofsen Leistendrüsenpakete zur Norm zurückgekehrt. Körpergewicht: zu Beginn der Kur 112 Pfund, am Ende der Kur 121 Pfund, Gewichtszunahme also neun Pfund.

Fall V. Stubenbohner A., 24 Jahre alt. Patient kommt am 11. Februar 1908 in meine Behandlung. Er gibt an, vor zirka zwei Jahren infiziert worden zu sein. Er hat bereits eine Schmierkur und eine Spritzkur anscheinend mit unlöslichem Salz durchgemacht. Erscheinungen: Papeln auf dem Kopfe, nässende Papeln am Scrotum. Patient

weigert sich anfangs, eine Spritzkur durchzumachen, da er fürchtet, hierdurch wieder eine Berufsstörung zu erleiden, wie er sie bei seiner ersten Spritzkur erlitten hatte. Schliefslich liefs er sich doch überreden, die Mergandolkur zu beginnen. Zu seiner Verwunderung konnte er denn auch seine anstrengende Tätigkeit während der ganzen Kur unbehindert fortsetzen; nur ein mäfsiges Ziehen im Bein verriet hier und da, dafs er eine Injektion erhalten hatte. Auch in diesem Falle waren die Erscheinungen nach drei Injektionen verschwunden. Körpergewicht: zu Beginn der Kur 152 Pfund, am Ende der Kur 159 Pfund, also sieben Pfund Gewichtszunahme.

Fall VI. Kellner Th., 20 Jahre alt. Der Patient kommt am 28. November 1907 in meine Sprechstunde. Erscheinungen: Ulcus durum am inneren Praeputialblatte, welches angeblich seit drei Tagen besteht; die Leistendrüsen sind beiderseits mäfsig vergröfsert. Das Ulcus wird jeden zweiten Tag mit einem mit Mergandol getränkten Verband versehen. Da durch Spirochätennachweis die Diagnose Lues gesichert war, liefs ich mich bereits am 3. Dezember dazu herbei, eine Kur mit Mergandol zu beginnen. Am 10. Dezember — der Patient hatte nur am 3. und 7. Dezember je eine Einspritzung erhalten — war das Ulcus verschwunden. Die folgenden Spritzen erhielt der Patient am 10., 13., 16. und 20. Dezember (die sechste). Am 20. Dezember war eine am Bauche und Rücken aufgetretene grofsfleckige Roseola zu konstatieren. Am 24. Dezember, als der unregelmäfsig erscheinende Patient die siebente Einspritzung erhielt, war eine Drüsenvergröfserung nicht mehr festzustellen. Die Roseola verschwand erst nach der 16. Injektion (am 22. Januar 1908). Das hartnäckige Bestehenbleiben des Exanthems in diesem Falle ist wohl zum Teil darauf zurückzuführen, dafs der Patient sehr unregelmäfsig erschien — die Kur zog sich bis zum 3. Februar hin, erstreckte sich also über 61 Tage —; zum gröfseren Teil liegt aber die Schuld an dem allzu frühen Beginnen mit der Allgemeinkur; es scheint auch dieser Fall zu beweisen, dafs es besser ist, die Kur erst dann zu beginnen, wenn die Allgemeinerscheinungen zutage getreten sind.

Zum Schlufs möchte ich noch bemerken, dafs, wie mich meine Beobachtungen belehrt haben, es ratsam ist, die Einspritzungen recht langsam auszuführen und während des Einspritzens die Kanüle allmählich um einen halben Zentimeter zurückzuziehen. Über die auch in diesem Aufsatze erwähnte äufserliche Anwendung des Präparates habe ich ebenfalls zahlreiche Versuche angestellt, deren Veröffentlichung einer späteren Arbeit vorbehalten bleiben mögen.

———

Literatur.

1. L. Glück, Die Behandlung der Syphilis mit Merkuriolölinjektionen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. LXXIX.
2. G. Hirsch, Über schmerzlose, subcutane Quecksilbereinspritzungen. *Med. Klinik.* 1906. Nr. 9.
3. Sakurane, Über das Schicksal subcutan injizierter Substanzen, insbesondere des Paraffins. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. LXXX. Heft 2.
4. Chotzen, Gewebsveränderungen nach Injektionen unlöslicher Hg-Verbindungen. Referat. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. LXI.
5. Bürgi, Gröfse und Verlauf der Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei den verschiedenen üblichen Kuren. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. LXXIX. Heft 1 u. 2.
6. Welander, Zur Frage der Absonderung des Quecksilbers durch den Harn. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. LXXXII. Heft 2.
7. M. von Zeissl, *Münch. med. Wochenschr.* 52. Jahrg. Nr. 39.

Die Behandlung der Syphilis mit Enesolinjektionen.

Von

Dr. Moriz Porosz,
Spezialarzt in Budapest.

Vor einigen Jahren wurde meine Aufmerksamkeit auf das salicylarsensaure Quecksilberpräparat des Pariser Apothekers Clin als antiluetisches Heilmittel gelenkt.

Arsen ist als hervorragendes Heilmittel gegen Hautkrankheiten schon lange bekannt. Mein Chef weiland Prof. Schwimmer, verwendete es oft auch gegen hartnäckige, tertiäre luetische Veränderungen mit gutem Erfolge. In den letzten Jahren konnte man sogar von der Anilinverbindung des Arsens unter dem Namen Atoxyl als von einem antisyphilitischen Mittel viel Lobendes lesen. Abgesehen davon, dafs das Arsen bei kachektischen Individuen ein Mittel von hervorragender Wirkung ist, auch dann, wenn die spezielle Ursache der Kachexie unbekannt ist, ist es auch bei der von Plasmodien verursachten Malaria von guter Wirkung, ja sogar bei Carcinom, von dem einzelne — wenn es wahr ist — sagen, es werde durch Plasmodien hervorgerufen.

So fand ich daher die Verwendung des Arsens bei Syphilisfällen für indiziert und machte mit seiner Quecksilberverbindung Versuche, um so eher, da seine Anwendung auf die beste und sicherste Art in Form von Injektionen erfolgt.

Ich will da nicht vom Thema abweichen und auseinandersetzen, dafs das durch Injektionen in den Organismus gebrachte Quecksilber die ein-

fachste, sicherste und pünktlichste Dosierungsart ist. Auch die Wirkung des unmittelbar in den Organismus, in den Blutlauf gelangten Quecksilbers ist eine andere, eine promptere, als die des innerlich gebrauchten Quecksilbers, als die der Schmierkuren, als die des Einatmens der Quecksilberdünste.

Selbstredend will ich nicht damit diese letzteren antiluetischen Waffen in die Rumpelkammer werfen, denn je mehr Waffen dem kämpfenden Militär zur Verfügung stehen, um so leichter kann es gegen den Feind kämpfen. Bei gegebener Gelegenheit kann jede Waffe von Nutzen sein. Aber auch die Reinlichkeit und Bequemlichkeit spricht für Injektionen.

Der unübertreffliche Vorteil der Enesolinjektionen ist, daſs sie keinen Schmerz verursachen und keine Infiltrationen hervorrufen.

Ich fühle, daſs es schwer ist, eine solche Behauptung aufzustellen, denn die Beurteilung der Schmerzhaftigkeit hängt oft von der Empfindlichkeit der behandelten Patienten ab.

Auf der Abteilung und im klinischen Ambulatorium Prof. SCHWIMMERS, wo wir in hunderten Fällen Gelegenheit hatten, die Injektionen anzuwenden und ihre Wirkung zu beobachten, war ich in der Lage, diesbezüglich, wenn ich so sagen darf, individuelle Impressionen zu sammeln.

Auch ich gab eine lange Zeit hindurch meinen Patienten 1—2 cg Sublimatinjektionen. Ich verschweige auch das nicht, daſs sie von einzelnen — es kam wohl selten vor — auch sehr gut vertragen wurden. Ein Kavallerieoffizier ritt täglich nach jeden zweiten Tag vorgenommenen Injektionen aus, ohne daſs es ihm besondere Unannehmlichkeiten verursacht hätte. Aber meine Impression ist, daſs jetzt meine Patienten von den damals so oft gehörten Klagen keine Erwähnung tun. Auch die Infiltration, die nach 15 Sublimatinjektionen entstanden ist, war so groſs, daſs man nur schwer auf dem Glutaeus einen Platz für die letzten Injektionen finden konnte. Deshalb muſste ich mehr als einmal die am vierten Tage wieder auf dieselbe Seite kommende Injektion um ein bis zwei Tage verschieben. Einmal nahm ich bei einem Patienten im Laufe einer solchen Kur eine starke Diarrhoe, ein Zeichen der Intoxikation, wahr. Im allgemeinen erwies sich die sorgfältige und fleiſsige Mundpflege für viel notwendiger, denn bei selten und unpünktlich vorgenommenen Spülungen sah ich oft Stomatitis auftreten.

Bei Anwendung von Enesolinjektionen sah ich Intoxikationen niemals auftreten. Höchstens bei ein bis zwei Individuen mit schlechten Zähnen und Zahnsteinablagerungen trat Schwellung des Zahnfleisches auf.

Die begonnene Injektionskur muſste ich wegen solcher Zwischenfälle niemals unterbrechen. Sehr oft gab ich 30 Injektionen ohne Unterbrechung Tag für Tag.

Die so behandelten Patienten waren nach kurzer Zeit geheilt. Nach acht bis zehn Tagen waren sie auch von den schwersten Erscheinungen

befreit. Ein an häſslicher ulceröser Syphilis leidender Rechtsanwalt, der auf den Unterschenkeln viele kleinere und gröſsere Ulcera hatte, konnte sich auch schon nach so kurzer Zeit rühmen, daſs seine Wunden geheilt waren.

Auch sonstige Ulcera im Rachen, auf der Zunge, im Munde verheilten nach einigen Tagen. Es ist wohl wahr, daſs ich in solchen Fällen auch Pinselungen mit Chromsäure vorgenommen habe. Viele Patienten wurden gegen Ende der Kur fetter, was ich der Wirkung des Arsens zuschreibe.

Die Injektionen nehme ich mit einer 2 ccm groſsen Rekordspritze (die vortrefflich und ständig gut funktioniert) mit einer Platiniridiumnadel vor. Ich lieſs nach Möglichkeit dünne Nadeln anfertigen, denn ich weiſs aus Erfahrung, daſs der mit einer dicken Nadel vorgenommene Stich viel empfindlicher ist. Die Nadel glühe ich vor und nach dem Benutzen aus. Die Stahlnadel wird infolgedessen weich und krumm. Überdies verstopft sich leicht ihr Lumen. In der Gegend des Glutaeus reibe ich die Haut mit in Äther getränkter Watte ab und mache möglichst während dieser Manipulation plötzlich den Einstich und zerreibe die intramuskulär senkrecht injizierte Flüssigkeit, so daſs der Patient gar nicht wahrnimmt, daſs die Injektion schon vorgenommen ist.

Bei der Anwendung einer solchen dünnen Nadel stellen sich auch Blutungen selten ein, und wenn auch solche auftreten, so sind nur ein bis zwei stecknadelkopfgroſse Blutstropfen zu sehen. Wenn die Nadel einen Nerv berührt, so ist selbstredend die Injektion schmerzhafter, als sie sonst zu sein pflegt. Diese so vorgenommene Behandlung konnte ich bei allen meinen Patienten, mit ein bis zwei Ausnahmen, bis ans Ende ausführen. In einem dieser Fälle war die hochgradige Angst, die neurasthenische Befangenheit gegen jede Einmengung mit Instrumenten die Ursache der Aversion. Es scheute der Patient auch die Schmierkur. In einem anderen Falle trug die Magerkeit des Patienten zur neurasthenischen Empfindlichkeit bei, so daſs ich nach fünf bis sechs Injektionen eine Pause eintreten lassen muſste.

Die Injektionslösung liefert Clin in 2 ccm groſsen Phiolen. In der Schachtel (10 Phiolen) ist eine Feile beigelegt. Wenn man mit ihrer Kante über das dünne Ende der Phiole streicht, so kann es leicht abgebrochen werden. Die Nadel steckt man in die kleine Phiolenöffnung und so kann man die Lösung leicht aufsaugen. Sie ist steril und bleibt auch immer so.

Man denkt mit Bedauern daran, daſs sonstige für Injektionen gebräuchliche Mittel amtlicherseits für die Apotheker nicht so vorgeschrieben werden.

Ich erwähne auch umfangreiche literarische Daten nicht. Auch andere Spezialisten rühmen dieses Mittel und verwenden es mit Vorliebe

Ich glaube, daſs die auf Grund von Erfahrungen verschafften Impressionen viel wertvoller sind, als die Statistik und theoretischen Erörterungen.

Doch einiges will ich noch erwähnen, um einen vollkommenen Einblick zu gewähren. Der Quecksilbergehalt des Sublimats ist 73,80 %. der des Enesols 38,46 %.

Die gewöhnliche Dosis des Sublimats ist 1—1½, höchstens 2 cg.

In dem erwähnten Tubus sind 3 cg Enesol, d. h. dreimal 38,46 Teile

Folglich bekommt der Patient etwa 120 Teile Quecksilber auf einmal, während wir beim Sublimat die stärkste Dosis zweimal 73,80, d. h. mehr als 140 Teile Quecksilber inkorporieren, wenn wir auch nicht die stärkste und auch nicht alltägliche Dosis geben. Aber mit Rücksicht darauf, daſs wir vom Sublimat 15 Injektionen zu geben pflegen, vom Enesol auch 30, läſst sich leicht berechnen, daſs wir beinahe zweimal so viel Quecksilber dem Organismus einverleiben.

Daſs auch die Resorption rascher erfolgt, erhellt auch daraus, daſs 24 Stunden weder die Empfindlichkeit des Patienten noch sein Tastsinn die Injektionsstelle entdeckt. Auch die Untersuchung der Exkremente und des Harns bestätigen, daſs es rasch resorbiert wird.

Mit Vergnügen können wir konstatieren, daſs wir ein wirklich wertvolles, hervorragendes und nützliches Medikament darin gefunden haben. Wer es bei ein bis zwei Patienten benutzt hat, wird es auch bei anderen ungern entbehren. Ich wenigstens bin mit diesem Medikamente so daran.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 90. Heft 3. Mai 1908.

1. **Zur Ätiologie der „Creeping disease“**, von P. E. Wosstrikow-Nowaja Praga und S. L. Bogrow-Moskau. Seit etwa 20 Jahren haben Verfasser jährlich zwei bis drei Fälle dieser eigentümlichen Erkrankung in ihrem Ambulatorium in Nowaja Praga (Gouvernement Kherson) zu beobachten Gelegenheit gehabt, aber erst kürzlich in einem Falle den Parasiten finden können. Die gewöhnlich bei Ackerbauern auf unbedeckten Körperteilen, besonders auf Händen und Füſsen, nur in zwei Fällen auf den Schläfen sich findenden Veränderungen stellten 3—4 mm breite, vielfach gewundene, erhabene, wallartige Streifen dar, die sich oft rasch entwickeln; so im letzten, relativ frischen Fall 15 cm in zwei Tagen. Der hier gefundene Parasit war ein 1 mm groſses „Würmchen“ mit schwärzlichem Kopfende und weiſsem Körper und energischen, wellenartigen Bewegungen. Die genaue entomologische Untersuchung des Zoologen Prof. Koschewnikow stellte fest, daſs es sich um eine unreife, im ersten Entwicklungsstadium befindliche Gastrophiluslarve handelte, die wegen der Form und Zahl der Kopf- und Körperhäkchen, sowie der Gestalt der einzelnen Segmente nicht der gewöhnlichen Magenbremse des Pferdes (Gastrophilus equi s. intertinalis) zugehörte,

sondern als eine den Varietäten Gastrophilus haemorrhoidalis nahestehende bestimmt wurde. Die Übertragung geschieht durch die Eier, die die Bremsen an den Haaren der Haut ablegen oder beim Betasten der Pferde auf die Haut gelangen, doch mufs der plötzliche Anfang der Krankheit mit dem Einbohren der Larve statthaben. Abbildungen.

2. **Über radiotherapeutische Behandlung des Aknekeloids,** von ROBERT KIENBÖCK - Wien. Mitteilung von vier Fällen von Dermatitis papillaris capillitii und ihrer trotz jahrelangen Bestehens prompten Beseitigung mittels Röntgenstrahlen durch wenige „Epilationsdosen".

3. **Über Lupus follicularis disseminatus (Lupus miliaris),** von CARL COHN und MARIE OPIFICIUS-Frankfurt a. M. Zwei Fälle eines rasch entstandenen Knötchenausschlages bei Männern im mittleren Lebensalter; die Knötchen sind rundlich, bis linsengrofs, braunrot, manche durchscheinend und finden sich besonders im Gesicht, doch auch an Händen und Unterarmen. Beide Patienten haben deutliche Anzeichen tuberkulöser Prozesse; das mikroskopische Bild der exzidierten Knötchen zeigt ganz die Struktur tuberkulöser Affektionen, doch konnten keine Tuberkelbazillen gefunden werden. Die Fälle stehen KAPOSIS Akne teleangiectodes nahe. Therapeutisch wurde in dem einen Falle Heilung durch Arsen erreicht, der andere Fall reagierte weder auf Arseninjektionen (intravenös), noch Schwefel - Resorcinpasten, noch auch auf Röntgenstrahlen.

4. **Das sekundäre Carcinom der Haut bei primärem Carcinom innerer Organe,** von KARL REITMANN-Wien. Genaue Beobachtung eines einwandfreien Falles vom Auftreten der Hautknoten bis zum Exitus. Die Obduktion der erst 33jährigen Patientin ergab als Ausgangspunkt für die über den ganzen Körper sich rasch verbreitenden lividen Knoten ein infiltrierendes skirrhöses Carcinom des Magens. Histologisch boten Mutter- und Tochterknoten nahezu gleiche Verhältnisse. Genaue Berücksichtigung der Literatur, soweit einwandfrei und auffindbar.

5. **Über das Erythema induratum,** von TOMMATSU SCHIDACHI-Tokio. Verfasser hat aus dem Material der Berner Klinik sowie der Privatpraxis von Prof. JADASSOHN 16 Fälle zusammengestellt und genauer besprochen, die teils ganz dem seinerzeit von BAZIN aufgestellten Typus des Erythème indurée entsprechen, teils als Grenzfälle oder atypische Fälle anzusehen sind. Er vergleicht die aus seinem Material sich ergebenden Schlufsfolgerungen mit 136 aus der Literatur gesammelten Fällen und kommt zu dem Schlusse, dafs in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der als Erythema induratum imponierenden Fälle eine kausale Beziehung zur Tuberkulose mit gröfster Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist; in einer kleinen Zahl ist sie (durch Tierexperiment, Bazillennachweis, lokale Tuberkulinreaktion) so gut wie sicher bewiesen. „Die restierenden Fälle können entweder solche sein, in denen der Nachweis der Tuberkulose aus irgendwelchen Gründen nicht gelang, oft auch nicht genügend versucht wurde, oder aber es sind solche, in denen ein Zusammenhang mit Tuberkulose wirklich nicht besteht. Diese letzteren Fälle werden allmählich vielleicht auch klinisch von dem eigentlichen Erythema induratum (im Sinne einer tuberkulösen Erkrankung) abtrennbar werden." *W. Lehmann-Stettin.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band XI, Heft 8. Mai 1908.

Die Theorie, Praxis und Resultate der Serumdiagnostik der Syphilis, von P. FLEISCHMANN-Berlin. Eine aufserordentlich präzise und klare Darstellung der verschiedenen Phasen der heute gangbaren Technik bei sero-diagnostischen Untersuchungen auf Syphilis. Wesen der Reaktion und Herstellungsweise der verschiedenen, dazu nötigen Extrakte und Sera. Wird fortgesetzt. *W. Lehmann-Stettin.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

1908. Band V, Heft 3.

Warum ich die Prügelstrafe nicht durchaus in Grund und Boden verdamme, von W. Hammer - Berlin. Gegenüber einer von Kötscher - Hubertusburg geübten Kritik verteidigt H. seinen Standpunkt, dafs eine körperliche Züchtigung unter gewissen Umständen erfolgreicher und humaner ist als die zur Selbstbefleckung geradezu verleitende Einzelhaft oder andere sogenannte Beruhigungsmittel.

Erwiderung auf vorstehenden Artikel, von L. M. Kötscher-Hubertusburg. Verfasser führt aus, dafs man auch ohne Prügelstrafe auskomme, und dafs diese sowohl den passiven Teil wie den aktiv beteiligten verrohe.

Heft 4.

Das Berliner Polizeimerkblatt, von W. Hammer-Berlin. Seit etwa einem Jahre wird von Seiten der Polizeibehörde allen von den Sittenbeamten vorgeführten Mädchen ein von H. ausgearbeitetes Merkblatt in Form eines dauerhaften Büchleins bei der Entlassung mitgegeben. Dasselbe enthält eine Aufzählung der verschiedenen Anstalten, an welche Mädchen und Frauen, welche irgendwie in Not geraten sind, sich (eventuell brieflich im Postschliefsfach) wenden können. Ferner sind die Gefahren des illegitimen Geschlechtsverkehrs und einige der Bestimmungen über die Beaufsichtigung der der gewerblichen Unzucht verfallenen Personen kurz angegeben. H. betont wieder, dafs die Unmöglichkeit, sich sonst einen genügenden Lebensunterhalt zu verschaffen, nur in den seltensten Fällen zur Prostitution führt. Zum Schlufs wendet er sich energisch gegen die zutage getretene Bestrebung, die Ärzte zu veranlassen, unentgeltlich die Behandlung geschlechtlich erkrankter Prostituierter zu übernehmen.

Gesetzlicher Ammenschutz, von W. Hammer-Berlin. Verfasser stellt folgende durch seine persönliche Erfahrung wohl als begründet anzuerkennende Thesen auf: 1. Es gibt sogenannte anständige Frauen, welche mit vollem Bewufstsein syphilitische Kinder durch ärztlich untersuchte und gesund befundene Ammen stillen lassen. 2. Es gibt Ärzte, welche fahrlässig oder auch absichtlich dies Treiben mit ihrem Namen decken. Als Schutz für die gesunden Ammen fordert er die obligatorische ärztliche Untersuchung der Herrschaft und der Kinder durch einen beamteten und ad hoc bestimmten Arzt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dermatologische Zeitschrift.

1908. Heft 5.

1. **Über Syphilis maligna,** von Rost-Kiel. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Impfung mit Resten von syphilitischen Efflorescenzen,** von F. Sandmann-Stockholm. S. hat Gewebspartien von Stellen, an denen syphilitische Efflorescenzen ihren Sitz gehabt haben, kürzere oder längere Zeit nach erfolgter Abheilung zum Teil während, zum Teil nach spezifischer Behandlung auf Affen überimpft und in neun Fällen ein positives Impfresultat erzielt; in acht Fällen stammte das Impfmaterial von geheilten Sklerosen, in einem Falle von einer abgeheilten Papel. Das Ergebnis der Versuche beweist, dafs in den Resten einer dem Anschein nach geheilten luetischen Efflorescenz noch nach Monaten und Jahren trotz vorausgegangener lokaler Behandlung und wiederholter Quecksilber- und Atoxylkuren vollständig lebensfähiges Virus vorhanden sein kann, auch wenn der Patient schon lange symptomfrei ist. Es mufs demzufolge ein vor kürzerer oder längerer Zeit syphilitisch infizierter Mensch noch als infektiös betrachtet werden, wenn er nach spezifischer Behandlung klinisch bereits symptomfrei erscheint. Aus dem Ergebnis der Versuche erhellt auch die nicht

geringe Bedeutung der Exzision grofser syphilitischer Herde, die auch abgeheilt noch der Ausgangspunkt von Rezidiven werden können. Nähere Mitteilungen behält S. sich vor.

3. **Bemerkungen zu der Arbeit von F. Sandmann „Impfung mit Resten von syphilitischen Effloreszenzen"**, von Erich Hoffmann-Berlin. Auch H. hat bei Impfungen mit exzidierten rückgängigen Effloreszenzen während und nach einer Quecksilberkur mehrmals positive Resultate erzielt. Aufserdem hat er mittels der Dunkelfeldbeleuchtung in frischeren und älteren Sklerosennarben bei noch nicht spezifisch behandelten Syphilitikern, ferner in Exanthemresiduen, in rückgängigen Effloreszenzen der Haut und der Schleimhäute während und am Schlufs von Quecksilber- und Atoxylkuren, endlich bei latent Syphilitischen während der Frühperiode auf den Tonsillen (besonders im Geschabe) typische Spirochaetae pallidae nachweisen können. Das Vorkommen der Pallidae auf anscheinend normalen Tonsillen ist für die Frage nach der Infektiosität der Lues in den Latenzstadien während der Frühperiode von Bedeutung. Spirochätenbefund in suspekten Schankernarben ist diagnostisch von grofsem Werte. Die Infektionsgefahr ist nach Ansicht H.s bei geschlossenen, d. h. mit Hornschicht bedeckten Exanthem- und Sklerosenresten der Haut, auch der Haut der Genitalien, sehr gering; viel gröfser ist sie wohl bei Residuen von Schleimhauteffloreszenzen. — In sogenannten spätsekundären Papeln und Erosionen der Genitalien und des Mundes (sechs Jahre und mehr nach der Infektion) finden sich lebende Spirochaetae pallidae mitunter reichlich.

4. **Zur operativen Behandlung des Rhinophyma**, von Hermann Fabry-Dortmund. F. empfiehlt, bei Rhinophyma, unter Schleichscher Infiltrationsanästhesie alle Wucherungen mit dem Messer flach abzutragen; zur Erleichterung der Operation wird ein Finger oder ein Bolzen in das Nasenloch eingeführt und das Operationsfeld von innen hervorgehoben. Die Wundfläche wird mit dem Paquelin-Flachbrenner geplättet und damit zugleich die Blutung gestillt, die aber auch durch häufig gewechselte Eiskompressen zum Stehen gebracht werden kann. Die Wunde wird, bis sich alles nekrotische Gewebe abgestofsen hat, mit Salicylquecksilberpflaster bedeckt. Die nach einigen Tagen zum Vorschein kommenden frischroten Granulationen bearbeitet man täglich mit dem Höllensteinstift und legt dann Schwefelsalicyl- oder Borsalbe auf. Die Wundfläche überhäutet sich unter dieser Behandlung sehr rasch, Hauttransplantation ist nie notwendig. Gefäfsektasien und kleinere Protuberanzen, die sich manchmal in der Folgezeit zeigen, werden galvanokauterisiert. Das Verfahren wurde in der dermatologischen Abteilung des Dortmunder städtischen Krankenhauses bei einer Reihe von Fällen mit vorzüglichem Erfolge angewandt; bei mehreren Patienten konnte F. sich einige Jahre nach der Operation überzeugen, dafs das Resultat ein dauerndes war. *Götz-München.*

The British Journal of Dermatology.

Mai 1908.

Ein Fall doppelseitiger Telangiektasien des Rumpfes mit ausgesprochener Epistaxis in der Kindheit und späteren rektalen Blutungen, von T. Colcott Fox. Patientin, über deren gegenwärtiges Alter nichts angegeben ist, hatte mit zehn Jahren fast ein halbes Jahr hindurch ziemlich hochgradiges Nasenbluten, mit 14 Jahren bemerkte sie einige rote Flecken in der linken, später in der rechten Achselgegend und am unteren Teil der Brust; diese Flecken nahmen allmählich an Zahl zu und verbreiteten sich auch über weitere Stellen. Gelegentlich ist Jucken vorhanden; die Menses begannen mit 18 Jahren und sind im allgemeinen regelmäfsig. Seit etwa

acht Monaten bemerkt sie, daſs beim Stuhlgang beinahe stets Blut abgeht, und hatte sie auch einmal eine etwa vier Stunden anhaltende Blutung aus dem Mastdarm. Patientin ist ein gesund aussehendes Mädchen mit leicht cyanotisch gefärbten Händen und Wangen; ohne Symmetrie über die untere Hälfte des Rumpfes, hinten und an den Seiten, besonders der linken verteilt, ist eine ziemlich ausgebreitete purpurrote Hauteruption vorhanden, die kleine Hämorrhagien in die Haut vortäuscht, bei näherer Besichtigung aber aus erweiterten Blutkapillaren besteht und auf Druck nicht verschwindet. Im Anschluſs an diesen Fall bespricht Verfasser die verschiedenen Formen von Telangiektasien und teilt sie in folgende vier Gruppen ein: 1. Die angeborenen Fälle, 2. die als Komplikation anderer Dermatosen (Adenoma sebaceum, Xeroderma pigmentosum, Lupus erythematosus), 3. die als Symptome allgemeiner Zirkulationsstörung bei Herz-, Leber-, Milzerkrankungen vorkommenden, und 4. die erst in späteren Jahren auftretenden (senile Angiome, essentielle Telangiektasie). In welche dieser Gruppen der vorliegende Fall einzureihen ist, möchte F. vorläufig noch nicht entscheiden. Mit Abbildungen über den makroskopischen und histologischen Befund.

Ein Fall von Lupus erythematosus, verbunden mit Nephritis, von J. M. H. Macleod. Im vorliegenden Falle, ein 17jähriges Mädchen betreffend, handelte es sich um einen ganz akut aufgetretenen Lupus erythematosus, der seit etwa drei Monaten erst an Händen und Gesicht vorhanden ist und an letzterem die klassische, von Ohr zu Ohr reichende Form des Lupus zeigt. Weder bei Patientin noch in der Familie irgend eine Spur von Tuberkulose. Unter äuſserer und innerer Salicylbehandlung ging der Ausschlag innerhalb vier Monate fast völlig zurück, das Allgemeinbefinden wurde aber in demselben Grade schlechter (hochgradige Anämie, Ödeme usw.), bis plötzlich eine akute Nephritis und der Tod eintrat. Die ganze Geschichte des Falles läſst auf einen toxischen Zustand schlieſsen, der von Autointoxikation durch Gifte, welche infolge des schlechten Zustandes der Nieren ausgeschieden wurden, herrührt.

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1908. Heft 3.

Über die Syphilomanie und die Syphilophobie, von Ch. Audry. Die Syphilomanen sind Menschen, die sich einreden, syphilitisch infiziert zu sein, während sie in Wirklichkeit von dieser Krankheit frei sind. Man hat es bei ihnen meistens mit geistesschwachen Menschen der untern Volksschichten zu tun, die sich durch groſse Unwissenheit auszeichnen, von dem eigentlichen Wesen und der Natur der Syphilis keine Ahnung haben und jede Störung ihres Befindens, jede Änderung ihres Zustandes im Sinne ihrer Wahnvorstellung ausdeuten. Sie sind durch keine Vorstellungen des Arztes von der Krankhaftigkeit ihres Wahns zu überzeugen und gelten als unheilbar. Ihre Manie treibt sie wohl zu widersinnigen Maſsnahmen, indem sie Quecksilber und andere Spezifika anwenden, doch wird ihre innere Erregung selten so stark, daſs sie Hand an sich legen. Anders der Syphilidophobe. Er ist wirklich luetisch und das Wissen um diese Tatsache beherrscht sein ganzes Bewuſstsein und hält sein Gemüt in ständiger, qualvoller Erregung. Er lebt in steter Furcht vor den Folgen der Krankheit und vor der Gefahr, die Seuche auf seine Familie zu übertragen. Die Syphilophobie endet nicht selten durch Selbstmord.

Die histologischen Veränderungen in der Haut nach Anwendung von grauer Salbe, von J. Pellier. Die Arbeit entstammt der Toulouser Klinik von Ch. Audry und gibt den Befund einer mit grauer Salbe behandelten Haut wieder. Die

Haut zeigte das gewöhnliche Aussehen: sie ist rotbraun verfärbt und mit zahllosen, anscheinend vesikulären kleinen Elementen besetzt, die eine gelbliche, eiterige Flüssigkeit enthalten.

Die histologische Untersuchung ergab, dafs es sich um intraepitheliale Phlyktaenen handelte. Die meisten von ihnen waren mit lymphocytären Elementen vollgestopft. Doch handelte es sich nicht um ursprüngliche Abszesse, sondern die primär angesammelte seröse Flüssigkeit hatte sich, Dank der Nähe der Epidermisoberfläche und ihrer Mikroben, sekundär getrübt und mit Eiterkörperchen gefüllt. Der Verfasser betont besonders, dafs nichts an dem ganzen Bild an die histologische Veränderung des Ekzems erinnere, sondern dafs man sich einer rein phlyktaenulären Form gegenüber sähe. Die Hautentzündung infolge Einreibung mit grauer Salbe gehöre demnach zu den phlyktänulären Dermatiten aus äufserer Ursache und sei gründlich von den Hydrargyrosen nach innerer Anwendung von Quecksilber zu trennen. Ob jene Dermatitis eine Folge des Quecksilbers oder des Fettes, oder beider zusammen sei, das sei einstweilen noch unentschieden.

Vorläufige Mitteilung über das Microsporum lanosum des Hundes, von Suis und Suffran. Sabouraud hatte im vorigen Jahr in den *Annales* eine genaue Beschreibung eines neuen Dermophyten gegeben, den er Microsporum lanosum nannte, über dessen tierische Herkunft er aber keine bestimmten Angaben machen konnte. Den beiden Verfassern ist es nun gelungen, das Hundehaar als die Heimat dieses Pilzes nachzuweisen. Bei fünf kranken Hunden, deren Trichophytien in keinem epidemischen Zusammenhang standen, fanden sie den nämlichen Pilz, der von Sabouraud als Microsporum lanosum anerkannt wurde. Sie stellen eine ausführliche Arbeit über diesen Gegenstand in Aussicht.

Die Identität des Microsporum lanosum von Sabouraud mit dem Microsporum caninum von Bodin und Almy, von Sabouraud. Läfst man die Mutterkulturen der kryptogamen Parasiten lange Zeit wachsen, so entsteht auf ihnen ein eigentümlicher Flaum (duvet), der ihre pleomorphe Umwandlung darstellt; pflanzt man diesen Flaum dann weiter, so wächst eine von der Mutterkultur ganz verschiedene Kultur.

Indem nun S. die ursprüngliche Kultur seines Microsporum lanosum lange genug sich selbst überliefs, verwandelte sie sich in eine Form, die mit dem von Bodur und Almy beschriebenen Microsporum canis identisch war. S. knüpft an diese Feststellung eine Reihe weiterer Bemerkungen, die, wie alles, was von Sabouraud kommt, ein hohes wissenschaftliches Interesse haben.

Über die histologischen Veränderungen nach methodischem Schaben der Haut bei einigen Dermatosen, von L. M. Pautrier und Cl. Simon. Auf Veranlassung von Brocq, von dem dieses Verfahren stammt, haben die Verfasser an gesunder Haut, in einem Fall von Psoriasis, von Syphiliden, von Dermatosis figurata medio-thoracica untersucht, wie die Purpura und die Hämorrhagie zustandekommen. Um eine Purpura zu erzeugen, mufsten sie 150—250 sanfte Schabungen vornehmen; die Hämorrhagie kam erst nach ungefähr 1000 Schabungen mit der Curette zustande. Die Purpura hat ihren Sitz hauptsächlich in der Cutis, sie beruht auf Infiltrationsherden und auf Gefäfsverletzungen, wie sie namentlich der Syphilis eigen sind. Bei der Hämorrhagie dagegen spielt eine Brüchigkeit der Epidermis die Hauptrolle. Je leichter die Epidermis sich abschaben oder von extravasierten roten Blutkörperchen infiltrieren läfst, um so leichter kommt es zur Hämorrhagie. — Einen histologischen Befund heben die Verfasser besonders hervor. Mit Serum und roten Blutkörperchen angefüllte Pseudo-Vesikeln in der Dicke der Epidermis. Sie kommen zustande, wenn der Zusammenhang der Epidermiszellen gelockert ist und treten je nach ihrem ober-

flächlichen oder tiefern Sitz klinisch als Hämorrhagie oder Purpura in die Erscheinung.

Die Dermitiden der Neugeborenen (das sogenannte Erythema infantile). Eine histologische Untersuchung, von MARCEL FERRAND. Bei allen erythematösen, vesikulösen und erosiven Ausschlägen der Neugeborenen handelt es sich um entzündliche Vorgänge in Cutis und Epidermis, die klinisch und histologisch die gröfste Ähnlichkeit mit dem Ekzem haben; sie können als Äquivalent des Ekzems für den Neugeborenen gelten. Dabei handelt es sich histologisch immer um denselben Typus von Dermo-Epidermitis, einerlei, ob wir es klinisch mit Erosionen oder Papeln zu tun haben. Das Mikroskop zeigt uns immer dieselben Veränderungen: Hyperakanthose, Erweiterung der Kapillaren der Cutis mit Diapedese und Transsudation von Serum; je nach der Stärke des Entzündungsvorgangs kommt es nur zur Bildung von Erosionen oder zur Entwicklung von Papeln und Vesikeln. Auffallend aber ist es, dafs auch bei zweifellos syphilitischer Grundlage der Erkrankung der histologische Befund kein anderer ist; weder in der Epidermis noch in der Cutis liefsen sich alsdann die charakteristischen syphilitischen Gefäfsveränderungen erkennen. Nach der Spirochaeta pallida wurde vergebens gefahndet, und die einmal versuchte Überimpfung von solchem syphilitischen Material auf den Affen brachte keinen Erfolg.

Ein Fall von Dactilitis syphilitica unter der Form eines Sehnenscheiden-Tumors, von J. NICOLAS, M. DURAND und H. MOUTOT. Die syphilitischen Daktylitiden, d. h. alle spezifischen Erkrankungen der Finger, mit Ausnahme des Schankers und der Sekundärerscheinungen, sind im Allgemeinen noch wenig bekannt, Verwechslungen mit andern Krankheitsformen sind hier daher leicht möglich. Eine solche Verwechslung ist auch den Verfassern begegnet.

Ein 29jähriger Patient, der vor noch nicht vier Jahren Syphilis erworben hatte, kam mit einer beträchtlichen Schwellung und Ulceration der Vorderfläche der ersten Phalange des linken Zeigefingers in Behandlung. Nach Ausschlufs einer Spino ventosa tubercula schien ein chirurgischer Eingriff angezeigt. Dieser und die sich daran anschliefsende histologische Untersuchung führten zur Diagnose eines Myeloms der Sehnenscheide der Flexoren. Aber anstatt der erhofften Heilung bildete sich rasch ein neuer, weicher, taubeneigrofser Tumor, dessen Form und Beschaffenheit an ein sarkomatöses Rezidiv denken liefsen. So erwog man schon einen neuen, für den Patienten folgenschweren Eingriff, als einer der Verfasser sich an die frühere Syphilis des Kranken und an den Befund der nach der ersten Operation vorgenommenen histologischen Untersuchung — „entzündliche Zellen, epithelioide Zellen in Haufen" usw. — erinnernd, an die Möglichkeit einer Dactylitis syphilitica dachte. Durch eine sofort eingeleitete spezifische Behandlung, die zu rascher Heilung führte, wurde diese Diagnose bestätigt.

Die schweren Zufälle bei den Quecksilbereinspritzungen, von LASSERRE. Die Arbeit wird in den nächsten Heften fortgesetzt. *Türkheim-Hamburg.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VIII, Nr. 9.

Betrachtungen über die Behandlung des Carcinoms mittels der „Fulguration" (Methode von DE KEATING-HART,) von L. BIZARD. Bekanntlich besteht diese Methode in der Applikation eines starken hochfrequenten Stromes mit einer Funkenlänge von mehr als 10 cm mittels einer speziell zu diesem Zwecke konstruierten Elektrode im Verein mit der etwa möglichen chirurgischen Entfernung der Tumormassen. B. rühmt dem Verfahren der Fulguration vor allem die frappante schmerz-

stillende Wirkung bei sonst inoperablen Fällen nach. Ein 75jähriger Patient mit Krebs der Orbita verlor alsbald nach solcher Behandlung vollständig alle Schmerzen, während er sonst monatelang wegen der Beschwerden vollständig schlaflos gewesen war. Desgleichen wurde ein Patient mit Rektumcarcinom ebenfalls völlig von allen Schmerzen befreit und hat in sechs Monaten 22 Pfund an Körpergewicht gewonnen.

Nr. 10.

Die Rolle des Jodkaliums bei der Allgemeinbehandlung der Syphilis, von L. Bizard. In ziemlich ausführlicher Darlegung zeigt B., daſs der Wert des Jodkaliums in der Therapie der Syphilis stark überschätzt worden ist. Wenigstens in Frankreich hat es lange geradezu als Axiom gegolten, vom dritten Jahre der Krankheit an mit Jodkalium zu behandeln, weil dieses Mittel den meisten Einfluſs auf das am meisten gefürchtete Gebilde der späteren Stadien, das Gumma, auszuüben imstande sei. Spezifisch wirke aber bei der Syphilis überhaupt nur das Hg, und man kann dem Jodkalium nur die Rolle eines Adjuvans zuschreiben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1908. Band I, Heft 8.

1. **Über die Entwicklung der Tunica muscularis der Harnblase und speziell über die Entwicklung der Muskulatur des Trigonums und des aus glatten Muskelfasern bestehenden Sphinkters**, von Riccardo Versari - Palermo. (Heft 7 und 8.) V. hat an den Harnblasen von 21, zwei bis acht Monate alten Föten und drei ausgetragenen Kindern die Entwicklung der Tunica muscularis studiert. Die erhobenen Befunde, die einzeln ausführlich mitgeteilt werden, lassen sich im kurzen Referate nicht wiedergeben; die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchungen faſst V. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Der aus glatten Muskelfasern bestehende Sphinkter der Blase stellt ein besonderes Gebilde dar, das sich unabhängig sowohl von der mittleren oder zirkulären Schicht der Tunica muscularis der Blase, als auch von der zirkulären Muskelschicht der Urethra und von den Muskeln der Ureteren entwickelt.

2. Er scheint aus einem urethralen und einem trigonalen Teile zu bestehen. Nur der urethrale Teil hat die Form eines Ringes, der den Anfangsteil der Urethra umgibt. Die ersten Muskelbündel des Sphinkters, die erscheinen, gehören dem vorderen Bogen des urethralen Teiles an, dann kommen die Muskelbündel des hinteren Bogens und zuletzt die Bündel des trigonalen Teiles. Der hintere Bogen des Muskels breitet sich allmählich durch neue Bündel entweder nach oben über einen Teil des Trigonums oder nach unten längs der hinteren Wand der Urethra aus, so daſs er eine viel gröſsere Ausdehnung gewinnt als der vordere Bogen.

3. Die Muskulatur der Basis des Trigonums wird durch einen Teil der Tunica muscularis der Ureteren und durch die Muskelbündel der Ureterenscheide gebildet. Bis zu einer gewissen Epoche des fötalen Lebens ist der trigonale Teil des glatten Blasensphinkters scharf von dieser Scheide getrennt. Der Zwischenraum wird sodann durch neue kleine Bündel ausgefüllt, die den beiden getrennten Muskelformationen angehören. An der Bildung der Muskulatur des Trigonums sind demnach der trigonale Teil des Sphinkters, ein Teil der Tunica muscularis der Ureteren und die Muskelbündel der Ureterenscheide beteiligt. Bei Erwachsenen finden sich manchmal in der Gegend des Trigonums auch Muskelbündel, die von der Tunica muscularis der Blase stammen.

4. Zwischen der äuſseren longitudinalen Schicht der Tunica muscularis der Blase und dem urethralen Teil des Sphinkters besteht anfänglich kein engerer Zu-

sammenhang. Doch beginnen während des fötalen Lebens mehrere Muskelbündel vorn und hinten an der oberen und äufseren Partie des Muskelringes zu inserieren. Sie dringen in das Innere des Ringes ein und verlaufen schräg von oben aufsen nach unten innen. Diese Muskelbündel sind anfangs spärlich, in den letzten Monaten des fötalen Lebens werden sie zahlreicher. In den hinteren Bogen des urethralen Teiles des Sphinkters dringen bedeutend mehr Muskelbündel ein als in den vorderen Bogen. Dieses Eindringen ist durchaus konstant; verschieden ist bei den verschiedenen Individuen nur die Zahl der Bündel, besonders derjenigen, die in den vorderen Bogen gelangen.

Dafs allein durch Kontraktion der in den glatten Sphinkter eindringenden Bündel der äufseren longitudinalen Muskelschicht der Blase die Kontraktion des Sphinkters überwunden werden könne, glaubt V. nicht; doch scheint es, dafs durch diese Bündel in einem Moment, der ungefähr mit der Herabsetzung des Tonus des Sphinkters zusammenfällt, eine erschlaffende Wirkung auf den Sphinkter ausgeübt wird. Auf diese Weise wären auch diese Muskelbündel mit der Muskelschicht, der sie angehören, bei dem komplizierten Mechanismus der Harnentleerung beteiligt.

2. **Über die blennorrhoische Phlebitis und Thrombophlebitis der Venen des Penis**, von Payenneville-Rouen. Über blennorrhoische Phlebitis der Venen des Gliedes liegen bis jetzt nur ganz spärliche Mitteilungen vor, und doch ist die Affektion nach Ansicht P.s gar nicht so selten, sie wird nur irrtümlicherweise gewöhnlich als Lymphangitis angesehen. P. selbst hat innerhalb kurzer Zeit zwei Fälle beobachtet; in dem einen Fall betraf die Entzündung die oberflächliche Vena dorsalis des Penis, in dem anderen eine der Venen, die entlang dem Frenulum praeputii verlaufen und in die oberflächliche Vena dorsalis münden.

Fast immer tritt die blennorrhoische Phlebitis der Venen des Gliedes in der dritten Woche nach der Infektion auf; nur in einem der beiden Fälle P.s zeigte sie sich schon vor dem Beginn des Ausflusses, allerdings nachdem der Patient schon 14 Tage lang Stechen und Jucken in der Harnröhre verspürt hatte. Die Affektion erscheint plötzlich ohne nachweisbare Ursache, und zwar zumeist bei schweren, durch Cystitis, Epididymitis oder Prostatitis komplizierten Blennorrhoen; sie kommt durch direkte Fortsetzung der Entzündung zustande, indem diese sich vom ursprünglichen Infektionsherd aus durch die Lymphbahnen hindurch in eine Vene hinein fortpflanzt. Das entzündete Gefäfs stellt sich als harter, dicker Strang dar; zuweilen aber, wie in dem einen von P. beobachteten Falle, fühlt man an Stelle eines Stranges ein kleines umschriebenes Knötchen. Die Haut weist eine circumskripte, strich- oder fleckenförmige Rötung auf, dazu kommen die Folgen der Zirkulationsstörung, das Präputium schwillt an, der ganze Penis ist leicht erigiert. Das charakteristischste Zeichen ist die starke Füllung der kollateralen Venen, die oft wie die injizierten Venen eines anatomischen Präparates aussehen. Die regionären Drüsen sind zumeist nicht verändert. In allen Fällen bestehen heftige, durch das Glied hindurchgehende, in die Leistengegend ausstrahlende Schmerzen, die durch jede Berührung gesteigert werden. Ist eine Vene der Corpora cavernosa erkrankt, dann schwellen diese stark an; in einem von Batut beobachteten Falle äufserte sich eine Thrombophlebitis der Corpora cavernosa durch Gangrän der Glans, des Präputiums und der Urethra. Derartige Fälle sind jedoch ganz seltene Ausnahmen; im allgemeinen ist die Prognose günstig, im Verlaufe von drei bis vier Wochen tritt Heilung ein, nur bleibt gewöhnlich noch für einige Zeit ein chronisches Ödem des Gliedes und Verstärkung des Kollateralkreislaufes, zuweilen auch Schmerzgefühl bei den Erektionen zurück. Allerdings sind, wie bei allen Phlebitiden, schwere und selbst lebensgefährliche Komplikationen, z. B. Embolien, nie ausgeschlossen. Die Affektion weist grofse Ähnlichkeit mit der blen-

norrhoischen Lymphangitis auf; doch ist bei dieser der fühlbare Gefäfsstrang im allgemeinen länger und häufig baumartig verzweigt, Induration und Anschwellung sind diffuser, die regionären Drüsen weisen meist eine starke Reaktion auf, die Venen des Gliedes sind nicht dilatiert. Aufserdem ist differentialdiagnostisch nur noch in Betracht zu ziehen die plastische Induration der Corpora cavernosa, wie sie bei Arthritikern, Diabetikern und Syphilitikern, aber auch im Anschlufs an Blennorrhoe vorkommt. Die Behandlung besteht in Applikation warmer Kataplasmen und feuchtwarmer Verbände bei Ruhelage der Patienten; in sehr schmerzhaften Fällen wird eine schmerzstillende Salbe eingerieben. Die Blennorrhoe wird gleichzeitig weiter behandelt. — Am Schlusse seiner Ausführungen teilt P. die Krankengeschichten seiner beiden Fälle und Auszüge aus den Krankengeschichten des bereits erwähnten von Batut im Jahre 1900 im *Lyon méd.* und eines von Voss im Jahre 1905 in der *Dermat. Zeitschr.* beschriebenen Falles mit.

3. **Kompressionsapparat für die Harnröhre,** von F. Zacco-Turin. Zum Verschlufs der Harnröhre bei protahierten Injektionen hat Z. einen neuen Apparat konstruiert, bestehend aus einer 10 cm langen Zange mit abgeplatteten, gebogenen, federnden Branchen, die mittels einer Schraube einander beliebig genähert werden können. Die untere Branche ist so geformt, dafs sie nicht auf die ganze Glans, sondern nur auf den Harnröhrenkanal einen Druck ausübt. Das kleine Instrument wird von P. Zanetti-Turin fabriziert.

Heft 9.

1. **Beitrag zum pathologisch-anatomischen und klinischen Studium des Blasenadenoms**, von Rinaldo Cassanello-Pisa. Bei einer 40jährigen Frau, die seit sechs Monaten starke Hämaturien, häufigen Harndrang und Schmerzen bei den Miktionen hatte, konstatierte C. mittels der bimanuellen Untersuchung in der rechten Blasenhälfte einen etwa mandarinengrofsen, weichen Tumor. Durch Spülungen mit Gelatinelösung gelang es, die Blutung so weit einzuschränken, dafs die Cystoskopie vorgenommen werden konnte; diese liefs einen grofsen, zottigen, sehr leicht blutenden Tumor auf der rechten Hälfte des Trigonums in der Gegend der Uretermündung erkennen, daneben bestand eine eitrige Cystitis. Die gestielte Geschwulst wurde nach Eröffnung der Blase durch Sectio alta abgetragen und der Teil der Blesenschleimhaut, auf dem sie ihren Sitz hatte, reseziert. Da hierbei die Uretermündung mit entfernt wurde, mufste der Ureter in seinem Verlaufe aufgesucht und sein peripheres Ende in die Blase eingenäht werden. Infolge der bestehenden Cystitis kam es zur Eiterung an der Ureterblasennaht und zu eitriger Pyelonephritis, so dafs die Niere exstirpiert werden mufste. $3^1/_2$ Monate nach der ersten Operation war die Frau genesen. Die Geschwulst war in der Hauptsache eine adenomatöse Wucherung mit papillomatösen und cystischen Bildungen; an einer ganz kleinen Stelle war der erste Beginn einer epitheliomatösen Degeneration zu erkennen.

Das Vorhandensein drüsiger Organe in der Blasenwandung wird von manchen Autoren vollständig bestritten. C. selbst hat an zahlreichen, von Personen verschiedenen Alters stammenden Harnblasen hauptsächlich in der Gegend des Trigonums von mehrschichtigem Epithel ausgekleidete, nicht sezernierende Einsenkungen der Schleimhaut gefunden; es sind rudimentäre Drüsen, die er als „vesikale drüsenförmige (glanduliforme) Gebilde“ bezeichnet. Sie können hypertrophieren und bei chronischer hypertrophischer Cystitis zu Wucherungen auswachsen; sie sind der Ausgangspunkt der epithelialen Cysten und des Adenoms der Blase. Die Blasencysten stellen nach C. eine Zwischenstufe zwischen den normalen drüsenförmigen Gebilden und dem Adenom dar, die allmähliche Entwicklung liefs sich an dem hier beschriebenen Tumor sehr schön verfolgen.

Das Adenom der Harnblase, das bisher nur selten beobachtet worden ist, tritt entweder in Form eines solitären gröſseren Tumors oder multipler kleiner, über die Blasenwand zerstreuter Geschwülstchen auf. Handelt es sich um einen solitären Tumor, dann muſs zur Verhütung von Rezidiven nach Abtragung der Geschwulst auch der Teil der Blasenwand, an der sie ihren Sitz hatte, bis auf die Muscularis reseziert werden; auf die Muskelschicht greift die Geschwulstbildung im allgemeinen nicht über.

2. **Studie über die kongenitalen Verengerungen der Urethra mit Berücksichtigung der Harnkrankheit J. J. Rousseaus,** von P. Héresco-Bukarest. H. hatte im Laufe einiger Jahre Gelegenheit, drei Fälle von angeborener Verengerung der Harnröhre zu untersuchen und zu operieren. Im ersten Falle bestand chronische komplette Harnretention mit Ischuria paradoxa, im zweiten Dysurie und starke Vermehrung der Zahl der Miktionen; bei beiden Patienten saſs die Verengerung im perinealen Teil der Harnröhre; bei beiden wurde die Urethrotomia externa vorgenommen und dabei festgestellt, daſs vorspringende Schleimhautfalten das Hindernis bildeten. Exzision dieser Falten und nachfolgende Dilatationskur führte beide Male zur Heilung. Bei dem dritten Kranken, bei dem anfallsweise auftretende Harnretention, Dysurie und Schmerzen im Hypogastrium vorhanden waren, konnte der Katheter ganz leicht bis zum Blasenhals, aber niemals in die Blase selbst eingeführt werden. Da es sich möglicherweise um einen in der Harnröhre festgeklemmten Stein handelte, wurde die Blase mittels Sectio alta eröffnet. Ein Stein war nicht vorhanden, dagegen fand sich an der hinteren Wand der Pars posterior urethrae, dicht am Blasenhals, eine halbmondförmige Schleimhautklappe, in der sich jeder eingeführte Katheter fangen muſste. Der Blasenhals und der anschlieſsende Teil der Harnröhre wurden mit dem Finger dilatiert; die Folge war, daſs der Kranke leichter urinieren und auch katheterisiert werden konnte.

Im Jahre 1907 wurde ein Testament J. J. Rousseaus gefunden, in dem er Näheres über sein Harnleiden mitteilt. Auf Grund dieser Beschreibung konnten Poncet und Leriche feststellen, daſs Rousseau eine kongenitale Harnröhrenverengerung hatte, die nach ihrer Anschauung in der Pars bulbosa oder membranacea saſs. H. dagegen kommt zu dem Schlusse, daſs es sich bei Rousseau wie bei seinem dritten Patienten um angeborene Klappenbildung am Blasenhals handelte. (Und das ist ungeheuer wichtig! Ref.)

3. **Fremdkörper in der Harnblase des Weibes,** von F. Renaud und R. Driout-Nancy. Eine 35jährige Frau hatte angeblich zum Zwecke der Temperaturmessung einen Thermometer in die Urethra eingeführt; sie war darüber eingeschlafen, und als sie erwachte, befand sich das Instrument in der Blase. Die mittels eines Endoskops vorgenommene direkte Cystoskopie ermöglichte es, unter Kontrolle des Auges einen mit einem Seidenfaden versehenen stumpfen Haken einzuführen, das dicke Ende des in der Querachse der Blase fest fixierten Thermometers in die durch Haken und Faden gebildete Schlinge einzufangen und nach Dilatation der Blase mit Luft zu mobilisieren und in den Anfang der Urethra hineinzubringen. Mit einer Pinzette konnte das Thermometer dann ohne Schwierigkeit entfernt werden. — Die Vornahme der direkten Cystoskopie, die von jedem Arzt mit dem Luysschen Instrument, aber auch mit irgendeinem Endoskop oder mit einer beliebigen Metallröhre ausgeführt werden kann, ist bei allen Fremdkörpern in der Harnblase eines Weibes sehr zu empfehlen, besonders aber wenn es sich um groſse, festgekeilte, harte, spitzige oder zerbrechliche Gegenstände handelt; unter der Kontrolle des Auges gelingt die Entfernung solcher Fremdkörper in den meisten Fällen, so daſs die Eröffnung der Blase nur sehr selten notwendig wird.

Götz-München.

Folia urologica.

Bd. II, Nr. 1. März 1908.

1. **Albuminurie, chronische Nephritis und der Bacillus Koch,** von de Keersmaecker-Antwerpen. „Tuberculo-Bacillies“ nennt K. jene einfachen chronischen Entzündungen ohne spezifischen histologischen Befund, bei denen sich im Gewebe Tbc-Bazillen, anscheinend als direkte Ursache, gefunden haben. Als Erkrankungen solcher Art möchte er gewisse Formen von Albuminurie und chronische Nephritis unbekannter Ätiologie ansehen und deren Diagnose aus den Schmerzen, der Temperatur- und Albumenkurve (während verschiedener Tageszeiten) sowie der prompten Besserung auf Alttuberkulin Koch stellen. Er sieht als „Tuberculo-Bacillies“ an: die meisten Fälle von Brightscher Krankheit, die einseitigen Nephritiden, ebenso die orthostatischen, physiologischen und Schwangerschaftsnephritiden, ferner die cyklischen oder Pavyschen Nephritiden.

2. **Über die Nierentuberkulose,** von G. von Illyés-Budapest. Mitteilung der aus 39 Fällen, darunter 32 operierten, von Nierentuberkulose gezogenen Schlüsse. Eine Prädisposition einer Niere oder des einen oder anderen Geschlechts läfst sich nicht feststellen. Die Entstehung ist fast stets, mit seltenen Ausnahmen, eine hämatogene, descendierende. Die genaue Diagnose ist unter Zuhilfenahme aller modernen Untersuchungsmethoden (Harnleiterkatheterismus, Bestimmung des Gefrierpunktes von Blut und Urin, der Verdünnungsfähigkeit usw. usw.) zu stellen. Nephrektomie, auch wenn die andere Niere nicht absolut einwandsfrei, ist notwendig.

3. **Statistik von 30 Nierenoperationen,** von F. Cathelin - Paris. C. bringt 80 genaue Krankengeschichten von Fällen, in denen er eine Nierenoperation vorgenommen, nebst Mitteilung sämtlicher differentialdiagnostischer funktioneller Untersuchungsbefunde: 1 Nephrektomie nach Trauma, 1 wegen Carcinom, 1 wegen Sarkom, 12 Operationen wegen Steinen, 4 wegen Hydronephrose, 1 wegen Hydatidencyste, 7 bewegliche Nieren, 2 perinephritische Abscesse und schliefslich einen Eingriff wegen aufserordentlich heftiger Nephralgie bei einem 57jährigen Manne. Hier wurde, nachdem der eine Harnleiter katheterisiert und der Urin mit dem anderen, in der Blase aufgefangenen verglichen worden war, eingeschnitten und eine aufserordentlich grofse, kongestionierte Niere mit subkapsulären hämorrhagischen Flecken entfernt. Der Kranke entleerte nach der Operation keinen Urin, ein Eingriff auf der anderen Seite ergab Fehlen der anderen Niere. Autopsie. Der Urin war entlang dem Katheter zwischen diesem und der Ureterenwand und der einzigen Niere in die Blase geträufelt und hatte so eine zweite Niere vorgetäuscht!

4. **Über die Hydronephrose mit Rücksicht auf frühe Operation und frühe Diagnose,** von G. Ekehorn - Sundsvall. Genauer Bericht über vier Operationen in Fällen beginnender Hydronephrose, in denen nach Beseitigung des Abflufshindernisses die Niere zu einer normalen oder beinahe normalen Funktion zurückkehrte.

Nr. 2. April 1908.

1. **Beitrag zur Nierenchirurgie, speziell über den vergleichenden und absoluten Wert der verschiedenen Methoden zur funktionellen Nierenuntersuchung,** von P. Alessandri-Rom. Die für operatives Eingreifen absolut notwendige Funktionsbestimmung beider Nieren ist am Urin auszuführen, der mittels Harnleiterkatheterismus gewonnen ist, wobei der einseitige Katheterismus genügt, da Harnabflufs zwischen Ureterwand und Katheter als seltenes Vorkommnis zu betrachten ist. Die Harnseparatoren sind unzuverlässig. Die verschiedenen Bestimmungsmethoden (Indigocarmin, Phloridzin, Kryoscopin des Blutes und Urins usw.) haben zusammen verglichen entscheidende Bedeutung, einzeln wenig Wert. Die Schlüsse sind aus den Untersuchungen von 67 Fällen gewonnen.

2. **Über Operationscystoskope,** von Otto Ringleb. Technische Verbesserungen am Instrumentarium zur Erleichterung intravesikaler Operationen.

3. **Zur Frage über die Entstehung und die ätiologische Bedeutung der Ureterenatonie,** von K. W. v. Karaffa-Korbutt-St. Petersburg. Vier Fälle von Hydronephrose aus der Literatur, in denen mangels eines Abflufshindernisses als Ursache Atonie des Ureters anzunehmen war, sucht K. durch Experimente an Hunden zu stützen, Experimente, in denen die vorübergehende Ligatur des Ureters zur Ureteritis, bindegewebiger Veränderung der Wand und Atonie führte und eine Hydronephrose die Folge war.

4. **Autochthone syphilitische Gummen in der Urethra (Cylindroidsyphilom von Fournier),** von Nicolo la Mensa-Palermo. Zwei Fälle zur Kasuistik.

Band II, Nr. 3. Mai 1908.

1. **Das Cavum praeperitoneale Retzii und die Erkrankungen seines Zellgewebes,** von Jos. Englisch-Wien. Wird fortgesetzt.

2. **Ein seltener Fall von erworbener Nierendystopie,** von Kunith-Berlin. Kasuistik.

3. **Über Körpersehen** und **Stereocystoskopie mit einem stereoskopischen Okular für Cystoskope,** von Otto Ringleb-Berlin.

4. **Warum ist es unmöglich, das Abbesche stereoskopische Okular für Mikroskope auf das Cystoskop zu übertragen?** Eine Entgegnung auf die voranstehende Arbeit des Herrn Ringleb, von S. Jacoby-Berlin.

5. **Erwiderung auf die Frage Jacobys: Warum ist es unmöglich, das Abbesche stereoskopische Okular für Mikroskope auf das Cystoskop zu übertragen?** von Otto Ringleb. Polemik über physikalisch-theoretische Fragen, die im ersten Artikel von Ringleb genauer ausgeführt und von Interessenten im Original nachzulesen sind.

W. Lehmann-Stettin.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XV. April 1908.

I. **Ein septisches, makulo-papulöses Erythem nach follikulärer Angina,** von Lustwerk. Im Anschlufs an eine follikuläre Angina trat nach einem Schüttelfrost bei einem 27jährigen Manne ein symmetrisch angeordneter Ausschlag, zuerst auf den Extremitäten, später aber auch sonst auf dem Körper auf, der in Flecken und erbsengrofsen Papeln von bläulichroter Farbe bestand. Das Fieber stieg allmählich bis auf 40°, um vom neunten Tage an wieder langsam zu fallen. Der Ausschlag schwand. Patient genas.

II. **Nicht venerische Geschwüre an den Geschlechtsteilen der Frauen,** von Tschapin-Petersburg. An dem grofsen Material des Kalinkinhospitals hat Verfasser im Laufe von 1 Jahr und 9 Monaten sieben Fälle von Geschwürsbildungen an den Geschlechtsteilen unverheirateter, junger Mädchen (einmal bei einer jungen Frau) gesehen, welche nach einem Schüttelfrost, unter Temperaturanstieg auftraten, symmetrisch gelagert waren und einen Durchmesser von 1½—6 cm hatten. Die Geschwüre waren mit einer Borke bedeckt, nach deren Abhebung sich ein bald mehr oberflächliches, bald mehr tiefergreifendes Geschwür von weicher Beschaffenheit und grauem Boden fand. Der Verlauf dieser Geschwüre war ein gutartiger, dauerte aber doch zwischen 12—36 Tagen. Bakteriologisch fanden sich stäbchenartige Gebilde, aber keine Ducreyschen Streptobazillen.

III. **Ein Fall von 62tägiger Inkubationsdauer des akuten Trippers,** von Kahan-Nishni-Nowgorod. Der 21jährige Patient behauptete, 62 Tage vor Ausbruch des Trippers zum letzten Male coitiert zu haben.

IV. **Zur Frage der Ausbreitung der Syphilis unter den Eisenbahnbediensteten und über die Maſsregeln, dieselbe zu bekämpfen**, von SEMLINOW-Kaluga. Auf Grund einer Enquête unter den Angestellten der Sysran-Wjasma Eisenbahnlinie, hat S. sich davon überzeugen können, daſs jährlich ½—2% aller Angestellten syphilitisch erkrankt, so daſs eine allmähliche Infektion aller Angestellten zu erwarten sein müſste, wenn nicht das Personal auſserordentlich schnell wechseln würde. Am häufigsten ist die Krankheit unter dem unverheirateten Personal unter 25 Jahren. Zur Vorbeugung schlägt S. Aufklärung, Besserung der sozialen Lage, Besserung der Wohnungsverhältnisse usw. vor. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Kompendium der Lichtbehandlung, von H. E. SCHMIDT-Berlin. (Georg Thieme, Leipzig 1908.) Als Gegenstück zu seinem weitverbreiteten Leitfaden der Röntgentherapie gibt Verfasser ein ebenso präzises und bei aller Kürze vollständiges Werkchen dem Praktiker in die Hände, das nicht nur dem gedachten Zweck voll und ganz entspricht, sondern auch fraglos eine Lücke ausfüllt, da es an einer kurzen Zusammenstellung der verschiedenen Methoden der Lichtbehandlung unter gleichzeitiger Berücksichtigung der technischen Seite bislang gefehlt hat. An der Hand der technisch-praktischen Ausführungen wird die Handhabung der verschiedenen, zurzeit in Gebrauch befindlichen Apparate leicht sein. Besprochen werden: Original-FINSEN-Apparat, FINSEN-REYN-, Dermolampe, Uviol- und Quarzlampe. Gestreift und auf ihren tatsächlichen Wert zurückgeführt wird die Glühlichtbehandlung, die Behandlung mit reflektiertem Bogenlicht und die Sonnenbäder. Zu unterschreiben sind auch die Bemerkungen zur Indikationsstellung, die vielleicht ein wenig ausführlicher hätten sein dürfen, um der einseitigen Polypragmatie, die der Besitz eines Apprates oft mit sich bringt, vorzubeugen. Die Erfahrungen, die Verfasser als Oberarzt am Lichtinstitute der LESSERschen Klinik zu sammeln Gelegenheit hatte, spiegeln sich in dem handlichen Büchlein und machen dasselbe für jeden, der sich mit Lichtbehandlung befaſst, empfehlenswert. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Anwendung der Elektrizität in der Dermatologie. Ein Leitfaden für praktische Ärzte und Studierende von S. EHRMANN-Wien. (Josef Šafář, Wien und Leipzig 1908.) Ein ausgezeichnetes Büchlein, das seine im Vorwort ausgesprochenen Zwecke vollständig erfüllt — nämlich, den ärztlichen Praktiker auf elementarstem Wege über die ohne besonders kostspielige Anlagen ausführbaren therapeutischen Methoden und die dabei sich abspielenden physikalischen Vorgänge aufzuklären. — Nach einigen physikalischen Vorbemerkungen wird eingehend die Technik der Anwendung der Elektrolyse, um die Verfasser selbst sich bekanntlich sehr verdient gemacht, besprochen (vermiſst wird vom Referenten die Erwähnung der „geknöpften" Nadel); dann unter Darlegung und Würdigung der physikalischen und technischen Grundlagen der Induktion die Röntgentherapie, bei der sich E. mehr auf FREUNDschen als KIENBÖCKschen Standpunkt stellt, wenn er zur Behandlung von Hautkrankheiten Röhren empfiehlt, deren Vakuum einer Funkenlänge von 15 cm und mehr entspricht. Daran schlieſst sich die Behandlung mit Hochfrequenzströmen und der von Dr. FERD. WINKLER verfaſste Abschnitt über statische Elektrizität, der die im Auslande viel mehr als in Deutschland verbreitete Anwendung der statischen Elektrizität in ihren Technizismen

und Indikationen präzis und doch genügend erschöpfend dem deutschen Praktiker vor Augen führt. Die Besprechung der modernen Lichtbehandlung berücksichtigt Finsen, Finsen-Reyn, die Eisenbogenlampe von Bang, Uviol- und Quarzlampe. Hier ist die in den vorausgehenden Abschnitten gut dargestellte Indikation etwas kurz geraten. Wertvoll ist das am Schlusse des Buches gegebene ausführliche Literaturverzeichnis, das wie mancher andere Abschnitt das Büchlein nicht nur für den Praktiker, sondern auch für den Spezialisten empfehlenswert macht. *W. Lehmann-Stettin.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Lupusbehandlung mittels der Uviollampe, von H. Axmann-Erfurt. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Als ein glänzendes Beispiel der Wirkungen der Uviollampe bei Lupus schildert Verfasser folgenden Fall: Die 21jährige Patientin leidet seit ihrem zweiten Lebensjahr an Lupus faciei. Im Jahre 1904 wurde sie angeblich von der Universitätspoliklinik in Berlin als zur Finsenbehandlung ungeeignet abgewiesen. Im August 1906 kam sie nach verschiedenen unzweckmäßsigen Behandlungsversuchen in A.s Behandlung. Sie erhielt in der Zeit bis 9. März 1907 im ganzen 38 Bestrahlungen je von dreiviertelstündiger Dauer und bis zur Erzeugung von Blasen. Auch kam die von Verfasser schon früher beschriebene Applikation von 50 % Zinkchloridlösung zur Anwendung. Die beigegebenen Photogramme dokumentieren, dafs hierbei ein ungewöhnlich gutes Resultat erzielt wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Lupustherapie, von Dreuw-Hamburg. (*Lancet.* 13. Juli 1907.) Verfasser schildert seine Methode der Lupusbehandlung mittels Gefrierens mit Äthylchlorid (resp. Kohlensäure) und Kauterisation mit roher, eventuell mit Chlor noch gesättigter Salzsäure. Das Verfahren ist in *dieser Zeitschrift* (Bd. XXXVII, S. 193) im Jahre 1904 bereits publiziert. Über die Dauerhaftigkeit der Resultate läfst sich ein abschliefsendes Urteil zurzeit noch nicht fällen, doch verfügt D. über vier Fälle, welche nach Ablauf von zwei Jahren noch kein Zeichen von Rezidiven darbieten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Pyrogallolbehandlung des Lupus vulgaris, von Fritz Veiel-Cannstatt. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 6.) Veiel wandte in einer zahlreichen Schar von Lupusfällen Pyrogallol an und ist mit dem Resultate sehr zufrieden, die Methode besteht darin, zuerst das lupöse Gewebe zu zerstören und dann die Wunde unter Pyrogallol abheilen zu lassen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Erythema nodosum tuberkulösen Ursprungs. Tuberculosis inflammatoria; tuberkulöser Gelenkrheumatismus, von Joseph Pons. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 55.)

Fritz Loeb-München.

Die Erytheme bei Tuberkulösen, von Joseph Babeau. (*Thèse de Montpellier* 1905. Nr. 44.) Verfasser bespricht das klinische Bild der Erytheme bei Tuberkulösen unter Schilderung von Fällen, ferner die Prognose, Pathogenese, Diagnose und Therapie, ohne neue Tatsachen zu bringen. Aufser der Arbeit von Goldscheider: Hautaffektionen bei akuter Miliartuberkulose (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882, Nr. 7) findet keine deutsche Arbeit Erwähnung. *Fritz Loeb-München.*

Lichen scrophulosorum, von H. G. ANTHONY-Chicago. (*Transact. amer. med. assoc.*, Jahresversammlung. 4.—7. Juni 1907.) Bericht über vier typische Fälle bei Kindern im Alter von zwei bis acht Jahren. A. glaubt, daſs die vielfach aufgestellte Behauptung, dieses Leiden komme in Amerika so gut wie gar nicht vor, auf Mangel an Aufmerksamkeit oder auf Unkenntnis beruhe. Diagnose, Histologie usw. werden kurz besprochen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

c. *Syphilis.*

Der Ursprung der Syphilis, von PELLIER Toulouse. (Toulouse, Ch. Dirion, Paris, *Baillière et fils.* 1908.) Historisch-kritische Studie, der in der Hauptsache die einschlägigen Werke von PROKSCH und BLOCH zur Grundlage dienen. Die persönliche Anschauung des Verfassers geht dahin, daſs die Syphilis erst durch Kolumbus von Amerika nach Europa importiert worden ist. Zu einer raschen Information über die ganze Frage ist das kleine Buch sehr wohl geeignet. *Götz-München.*

Die neueren Hypothesen über die Syphilisätiologie. Historisches und Kritisches, von FRANZ C. R. ESCHLE-Sinsheim a. E. (*Reichs-Med.-Anz.* 1907. Nr. 24 und 25.) Die historisch-kritische Betrachtung ESCHLES stützt sich im wesentlichen auf O. ROSENBACHS Anschauungen und führt zu dem Schlusse, daſs ein als Erreger und Verbreiter der Syphilis zu betrachtender Mikroorganismus bisher nicht gefunden ist, daſs es auch nicht wahrscheinlich ist, daſs ein solcher jemals gefunden werden wird. Die Hypothese O. ROSENBACHS, daſs die Noxe der Syphilis ein ursprünglich septisches Gift darstellt, das durch eine vielhundertjährige Kultur im menschlichen Körper, also durch eine Art von Domestikationsprozeſs seine primitive Qualität änderte und in gewissermaſsen mitigierter Form den spezifischen Charakter annahm, ebenso wie sich septisches Gift im Wechsel der Generationen bei gewissen Menschenrassen und namentlich im kindlichen Organismus in das von Masern und Scharlach umgewandelt hat, scheint dem Verfasser als sehr annehmbar. *Schourp-Danzig.*

Der gegenwärtige Zustand der Syphilis-Ätiologie, von RANDLE C. ROSENBERGER-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 29. Febr. 1908.) Nach der Übersicht, welche R. über die reiche Literatur, die die Spirochaeta pallida und deren biologische und ätiologische Beziehung zur Syphilis gezeitigt hat, gibt, dünkt es ihm zweifellos, daſs die Mehrzal der Forscher die Spirochäte als die wahrscheinliche Ursache der Syphilis ansehen. Er konnte Berichte über 7210 syphilitische Affekte, einschlieſslich hereditärer, sammeln und bei dieser Zahl fand sich der Parasit in 958 Fällen. Weiterhin waren darunter 333 Fälle von Schanker, wovon 299 ein positives Resultat gaben, von 43 papulösen Eruptionen gaben 35, von 33 Schleimhautpapeln 23, von 122 Roseola-Fällen 87 ein positives Resultat. In den Lymphdrüsen oder vielmehr dem Saft derselben wird nur über 6 positive Befunde bei 24 Untersuchungen berichtet. Von 35 Kondylomen waren 22 positiv, 13 negativ. Gummata wurden nur 11 mit 2 positiven Befunden, 47 Fälle tertiärer Syphilis mit absolut negativen Befunden studiert. Bei weitem den höchsten Prozentsatz positiver Befunde lieferte die kongenitale Syphilis, nämlich 123 von 127 untersuchten Fällen. R.s persönliche Beobachtungen haben ihn zu der Überzeugung gebracht, daſs die Spirochaeta pallida die wahrscheinliche Ursache der Syphilis ist. Obwohl sie bei kongenitaler Syphilis beinahe konstant gefunden worden ist, ist sie nicht immer gleichmäſsig in allen Organen und Geweben verteilt, sondern nur in ein oder zwei Organen, wie Milz und Leber oder in der Niere oder Haut und dann nur an gewissen Stellen dieser Gewebe zu demonstrieren. Wer irgendwie histologische Übung hat. dürfte bei der Färbung nach LEVADITI die Spirochäte nicht für Fasergewebe in den verschiedenen Organen halten, während bei Ausstrichpräparaten sicher ein sehr geübtes Auge notwendig ist, zwischen feinen Fasergeweben und Spirochäten, speziell bei Färbung mit Anilinfarben. Einen anderen

Punkt hebt Rosenberger zum Schlufs noch hervor, dafs nämlich die Parasiten an Zahl abnehmen oder ganz verschwinden, wenn lokale oder allgemeine Behandlung stattgefunden hat. Die Untersuchung sollte möglichst frühzeitig vorgenommen werden und R. glaubt, dafs die besten Färbemethoden für Ausstrichpräparate Giemsas Azur-Eosin und die Methoden nach Wright oder Leishman sind. *Stern-München.*

Die Ätiologie der Syphilis, von V. Mibelli. (*Corriere sanitario.* Nr. 40. 1907.) Der Verfasser bespricht zuerst die Entdeckung von Hoffmann und Schaudinn und stellt sich auf die Seite dieser Forscher, obwohl der definitive Beweis für die Spezifität der Spirochäte noch nicht erbracht sei. Die erworbene Syphilis wird ausschliefslich durch Inokulation und durch Vermittlung der Haut übertragen. In bezug auf die letztere kommt vorzüglich die Genitalregion in Betracht. Eine Inokulation durch die unversehrte Haut hindurch kommt nicht vor. Eine praktisch hochwichtige Frage ist nun, zu wissen, wie lange oder in welchen Phasen der Krankheit oder in welchen Organen das Vorhandensein des aktiven Giftes andauert, wodurch ein syphilitisches Individuum noch befähigt ist, auf irgend eine Weise ansteckendes Material aus seinem Organismus auszuscheiden. Hier leistet, nach des Verfassers Meinung, die Serodiagnose (Neisser) vortreffliche Dienste: Theorie der Antikörper, Antigene usw. *C. Müller-Nyon.*

Zur Ätiologie und Genese des tertiär-luetischen Spätrezidivs, von Gustav Bluth-Charlottenburg. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 44.) Verfasser empfahl einem 54jährigen Patienten mit hartnäckigem Magendarmkarrh, sämtliche noch vorhandene, in den senil zurückgebildeten Kiefern lang hervorragende, lose sitzende Vorderzähne und Backenzahnstümpfe ziehen und sich ein künstliches Gebifs einsetzen zu lassen. Nach mancherlei Schwierigkeiten der Adoption und des ersten Gebrauches, wobei das Zahnfleisch mehrere Druckgeschwüre bekam, war die Funktion des Gebisses eine befriedigende geworden. Acht Tage später begannen sich in der linken Schläfengegend und am linken Oberarm Hautaffektionen zu bilden, die sich dann zu typischen tertiärsyphilitischen Rezidiven entwickelten. Da nun Patient angab, vor etwa 30 Jahren eine Lues acquiriert zu haben, die er vier Jahre lang fleifsig mit Quecksilber behandelte, ist Verfasser geneigt anzunehmen, dafs die kurz vorausgegangenen eingreifenden blutigen zahnärztlichen Operationen die luetischen Spätrezidive ausgelöst haben. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur bakteriologischen Diagnose der Syphilis, von K. Preis-Budapest. (*Bud. Orv. Ujs.* 1907. Nr. 39.) Das wichtigste bei der Untersuchung ist die richtige Entnahme des zu untersuchenden Materials. In eiterigen Zerfallsprodukten und in fibrinösen Belägen findet man keine Spirochäten. Die zu untersuchende Läsion wird mit Messer so lange gekratzt, bis eine kleine Blutung oder blutig tingiertes Serum erscheint. Das Sekret wird möglichst dünn auf einen Objektträger aufgetragen. Fixation durch Erwärmung. Zur Färbung wird Giemsasche Lösung genommen, 40—60 Tropfen auf eine Eprouvette Wasser. Vorsichtige Erwärmung bis sich ein Metallspiegel bildet; drei- bis viermalige Wiederholung der Erwärmung mit erneuerter Lösung. Kontrolle der Färbung mit schwacher, 100—150facher Vergröfserung. Bei diesem Verfahren werden die roten Blutzellen weniger intensiv gefärbt als die Spirochaeta pallida. Sobald also die roten Blutzellen hell oder dunkelrosa erscheinen, ist die Färbung gelungen, und sind die Spirochäten schon durch stärkere Trockensysteme nachweisbar. Da durch die bisherigen Methoden die roten Blutzellen und die Spirochäten in ein und demselben Präparat mit wechselnder Intensität gefärbt werden, und sogar stellenweise ungefärbt bleiben, müssen die Spirochäten an solchen Stellen gesucht werden, wo intensiv gefärbte rote Blutzellen vorzufinden sind. — Mit den verschiedenen Einrichtungen zur Sichtbarmachung ultramikroskopischer Körperchen,

können die Spirochäten ohne Färbung nachgewiesen werden, doch die Differenzierung der verschiedenen Arten gelingt nur schwer. *B. Kollarits-Budapest.*

Die Bedeutung der Spirochäten für die Pathologie, von Dreyer-Cöln. (*Reichs. Med.-Anz.* 1908. Nr. 1, 2, 3.) Historische und kritische Darstellung mit häufigen Zitierungen aus der Literatur. *Schourp-Danzig.*

Über wechselndes Vorkommen der Luesspirochäte, von Hans Vörner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 47.) V. hat in einer von vier nässenden Papeln, die in Zwischenräumen von wenigen Tagen von einem Studenten gewonnen wurden, einen sehr kleinen Herd von Spirochäten, in der zweiten gar keine, in der dritten sehr zahlreiche und in der vierten an zwei kleinen Stellen Spirochäten gefunden. Man kann diesen Befund als rein zufällig auffassen. Jedenfalls aber scheint es, dafs die Menge der Spirochäten in keinem Verhältnis zur Zeit des Bestandes einer Effloreszenz steht. V. hält es für möglich, dafs die Spirochäten in ein und derselben Effloreszenz abwechselnd stärker oder schwächer wachsen und zeitweise vollständig verschwinden. Diese Schwankungen, mit denen die Formation der Effloreszenz offenbar nichts zu tun hat, sind wohl die Folge von Verhältnissen, die nicht durch den Allgemeinzustand, sondern in der Effloreszenz selbst bedingt sind; sie haben möglicherweise Einflufs auf die Infektiosität. *Götz-München.*

Untersuchungen über Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis, von G. Hedrén-Stockholm. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 46, H. 3.) H. untersuchte 47 Leichen neugeborener oder sehr junger Kinder; dieselben werden in drei Gruppen eingeteilt. Die erste umfafst 14 Fälle, bei welchen schon durch die Anamnese Syphilis auszuschliefsen war und in keinem von diesen konnten mit der Versilberungsmethode Spirochäten nachgewiesen werden. Die zweite Gruppe umfafst 12 Fälle, bei denen die Leiche so hochgradig mazeriert war, dafs bei der Sektion eine Beurteilung irgend welcher pathologisch-anatomischen Veränderungen nicht möglich war. In drei dieser Fälle wurden Spirochäten gefunden und zwar in reichlicher Menge und in den verschiedensten Organen; trotz der hochgradigen Mazeration konnten aber an den neun anderen Fällen Spirochäten nicht nachgewiesen werden. Die dritte Gruppe umfafst 21 Fälle, wo in jedem Falle bei der Sektion pathologisch-anatomisch Syphilis diagnostiziert werden konnte. Sechs von diesen 21 Fällen betreffen lebend geborene, 15 vor der Geburt gestorbene. In jedem dieser Fälle sind Spirochäten bei der Silbermethode gefunden und in acht derselben auch in Organausstrichen (Giemsa-Färbung) nachgewiesen worden. Was die Frequenzskala der verschiedenen Organe, wo die Spirochäten gefunden wurden, betrifft, so steht die Leber voran, dann kommt die Milz usf.; auffallend war die grofse Anzahl von Spirochäten in der Nebenniere, trotzdem diese keine, wenigstens keine nennenswerten histologischen Veränderungen zeigte. Bezüglich der Ausbreitung der Spirochäten in den einzelnen Organen sind vor allem die herdförmigen Anhäufungen in Leber, Lunge, Milz und Nebennieren zu betonen. Dafs die Spirochäten bei kongenitaler Syphilis im Vergleich mit dem Befunde bei erworbener sehr oft überaus zahlreich vorhanden sind, dürfte uns nach der Erklärung H.s nicht wundern, da es sich bei der letzteren um eine einmalige, momentane Infektion handelt, während bei kongenitaler Syphilis, wenigstens bei dem plazentaren Infektionsmodus, eine längere Zeit dauernde Übertragung von Spirochäten wahrscheinlich besteht. Es scheint H. völlig wissenschaftlicher Grund vorhanden zu sein, in den Spirochäten nicht Gewebsfibrillen oder Kunstprodukte irgendwelcher Art zu sehen, sondern Mikroorganismen, die in ätiologischer Beziehung zu den syphilitischen Veränderungen stehen. *Stern-München.*

Versuche über die Immunität bei Syphilis und bei Vaccine, von R. Kraus und R. Volk. (*Verhandl. der Deutsch. Dermat. Ges., 9. Kongrefs.* 1907. S. 242.)

1. Syphilis. Die Immunität der Haut entsteht langsam nach der Infektion und ist einige Zeit nach Bestehen der Sklerose nachweisbar, denn Superinfektionen 5—21 Tage nach der ersten Infektion ausgeführt, ergaben ein positives Resultat. Das Inkubationsstadium war manches Mal kürzer als das des erstgesetzten Primäraffektes. Von den nach Manifestwerden des Primäraffektes ausgeführten Impfungen hatte nur ein Teil der 2—4—6 Tage nach Manifestation ausgeführten Impfungen Erfolg, während die Mehrzahl und alle später ausgeführten Reinokulationen erfolglos blieben.

Eine cutane Immunität prophylaktisch ohne Primäraffekt durch subcutane Einverleibung des Virus zu erzielen, ist nicht möglich, wie Versuche an Macacen erweisen. Dagegen wurde schon mit einmaliger subcutaner Injektion von verdünnter Vaccine Hautimmunität erzielt.

Versuche einer ätiologischen Therapie, aktive Immunisierung durch subcutane Einverleibung von syphilitischem Virus im intermediären Stadium, wurden an Macacen angestellt. Da die Impfung von Organen selbst unbehandelter niederer Affen auf Anthropoide nicht konstant und auf andere niedere Affen gar nicht gelingt, Anthropoide aber nicht zur Verfügung standen, so konnte diese Frage nicht studiert werden.

Die von den Autoren unabhängig von Wassermann, Neisser und Bruck angestellten Versuche des Nachweises der Immunkörper mittels der Komplementablenkung als Reagens lassen keinen sicheren Schlufs bisher zu, da normale Sera mitunter noch in Mengen von 0,1—0,05 ccm die Hämolyse vollständig hemmen.

Hauteffloreszenzen, welche bei einem Macacus acht Wochen nach der Impfung auftraten, werden von den Autoren mit Recht skeptisch beurteilt, es gelang auch weder in Organen noch Effloreszenzen Spirochätennachweis.

2. Vaccine. Die Versuche bestätigten das Bestehen einer regionären Immunität, indem Infektion der einen Cornea Immunität für diese, nicht aber für die des anderen Auges setzt. Ferner wurde nachgewiesen, dafs durch cutane Infektion der Haut wohl Immunität der Haut, nicht aber der Cornea erzeugt wird. Die Infektion von der Konjunktiva eines Auges setzt nach Ablauf der entsprechenden Zeit Immunität der Cornea derselben Seite und der Haut, nicht aber der Cornea des anderen Auges. An inneren Organen konnte bei Kaninchen nie Vaccine nachgewiesen werden.

Trotz Exzision des Impfeffektes am dritten bis vierten Tage, also vor der Pustelbildung, ist die Haut schon zehn Tage später vollständig immun, also ist die Pustelbildung nicht zum Entstehen der Immunität notwendig.

Versuche, die cutane Impfung durch subcutane Injektion zu ersetzen, zeigen, dafs schon einmalige Injektion einer Vaccineverdünnung von $^1/_{1000}$—$^1/_{500}$ bei Affen Immunität herbeiführt. Beim Menschen wurden entsprechende Versuche von Knöpfelmacher angestellt, welche ebenso wie die bei Nobl zu gleichem Ergebnis als beim Affen kamen. Die Dauer der Immunität bleibt noch zu prüfen, ehe an eine praktische Verwertung dieser Methode gedacht werden kann. *Arthur Schucht-Danzig.*

Experimentelle Studien über Syphilis. Der Erreger der Syphilis, von J. Siegel. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 45, H. 3—5.) Der unermüdliche „Spirochäten"-Gegner fafst in vorliegender Arbeit nochmals in eingehendster Weise alles zusammen, was gegen die Spirochäte und für den Cytorrhyctes als Syphiliserreger vorzubringen ist und kommt zu folgenden Schlufssätzen: 1. Die Aera der Spirochätentheorie hat eine auffallend grofse Ähnlichkeit mit der Aera des Lustgartenbacillus. 2. Die Spirochäten sind keine Protozoen, sondern Bakterien. 3. Unter bestimmten Umständen können Gewebsdeformierungen eintreten, wobei die Gewebsfasern ein Aussehen wie Spirochäten annehmen z. B. Keratitis bei Hornhautgeschwür nicht luetischen

Ursprungs, Mazeration von Schweineföten, Hautnekrose bei Pocken, menschlicher, nicht luetischer Lungengangrän. 4. Es gibt syphilitische Föten mit ungeheuren Mengen von Gewebssilberspiralen an allen Stellen des Gewebes, während bei Giemsa-Färbung im Ausstrich keine einzige Spirochäte vorhanden ist. 5. Die jetzige Definition der Spirochaeta pallida gibt keine sicheren Unterscheidungsmerkmale von ubiquitären Saprophyten. 6. Der Nachweis von Giemsa-Spirochäten in syphilitischen Föten und Neugeborenen ist für die Ätiologie belanglos, da dieselben Objekte fast regelmäfsig mit allen möglichen Bakterien durchsetzt sind. 7. Ätiologische Bedeutung kann nur einem Parasiten beigemessen werden, der auch in den Organen von erwachsenen Syphilitischen und vor allem von syphilitischen Affen regelmäfsig gefunden wird. Hier fand sich die Spirochäte bisher nicht, sie hat daher mit der Ätiologie der Syphilis nichts zu tun. 8. Die Syphilis gehört ihrem Gesamtcharakter nach nicht zu den Spirochätosen, sondern zu den akuten Exanthemen. Es gehört daher mit grofser Wahrscheinlichkeit der Erreger zu der Gruppe der Cytorrhycten. 9. Der Cytorrhyctes stirbt aufserhalb des lebenden Körpers unkonserviert sehr bald ab, es ist daher wichtig, stets nur ganz frisches Material zu untersuchen. 10. Der Cytorrhyctes luis ist nachweisbar in primären und sekundären Produkten der Syphilis. 11. Echte Kultivierung des Cytorrhyctes auf totem Nährboden und im Kollodiumsäckchen ist bisher einwandfrei nicht gelungen. 12. S. gelang es, bei Pavianen wie bei den Anthropoiden an jeder Stelle der Haut Primäraffekte, ferner sekundäres Exanthem und Lebergummata zu erzeugen. 13. Eine neue diagnostische oder therapeutische Methode hat die moderne Syphilisforschung nicht ergeben. 14. S. war es möglich, mittels einer neuen Methode eine grofse Anzahl von Pavianen gegen Syphilisimpfung zu immunisieren. Schliefslich nimmt S. noch bezug auf seine in Dresden auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte und in Berlin auf dem Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie gehaltenen Vorträge und Demonstrationen, wo seine Argumente so neu und unerwartet gewesen seien, dafs weder hier noch dort wesentliche Angriffe gegen dieselben in der Diskussion unternommen worden seien. *Stern-München.*

Über bemerkenswerte Resultate der Syphilisimpfung beim Kaninchen, von C. Grouven. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 8.) Verfasser hat am 1. Dezember 1906 bei einem Kaninchen intraokuläre Syphilisimpfung vorgenommen, die u. a. auch zur allmählichen Entwicklung eines epibulbären Tumors von Haselnufsgröfse führte. In den Randpartien des letzteren wurden Spirochaetae pallidae in grofser Zahl nachgewiesen. Am 7. Juli 1907 wurde die Enukleation des Bulbus vorgenommen. Die eine Hälfte des Tumors wurde nach der Levaditischen Pyridinsilbermethode imprägniert und wies eine ganz ungeheure Menge typischer Spirochaetae pallidae auf. Die andere Hälfte wurde einschliefslich des zugehörigen Bulbusteils zur histologischen Untersuchung verwendet. Dieselbe zeigte hochgradige Veränderungen in der Cornea (die vordere Augenkammer erwies sich als völlig erhalten), die zweifellos syphilitischer Natur waren. — Die weitere Beobachtung des Kaninchens macht die Annahme einer Verallgemeinerung der inokulierten Augensyphilis bei demselben in hohem Grade wahrscheinlich. Anfangs Juli 1907 stellte sich ein anhaltender Haarausfall ein, der mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes einherging; gegen Ende desselben Monats bildete sich am linken Nasenflügel eine Rhagade, die von einem deutlichen, scharf abgesetzten Infiltrat umgeben war. Einige Tage später entstand eine ähnliche Infiltration am rechten Nasenflügel, in der spärliche, einwandfreie Spirochäten gefunden wurden. Infiltrat- und Rhagadenbildung blieb unter wiederholten Rezidiven bis Ende September 1907 bestehen. Ende Oktober, d. h. elf Monate nach der bis dahin erfolglosen Impfung am rechten Auge, zeigten sich auch hier

exquisite keratitische Erscheinungen, die genau die Charaktere zeigten, unter denen auch die Erkrankung des linken Auges begonnen hatte, die aber nach einigen Wochen schnell resorbiert wurden.

In einem anderen Falle entwickelte sich beim Kaninchen nach cutaner Syphilisimpfung ein lokales Infiltrat von Sklerosencharakter. Wiederholt vorgenommene Ausstrichuntersuchungen auf Spirochaetae hatten stets negatives Resultat geliefert, dagegen aber wurden in den Gewebsschnitten des teilweise exzidierten Infiltrats einzelne typische Spirochaetae pallidae vorgefunden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die Immunisierung des Kaninchens gegen Hornhautsyphilis, von E. Bertarelli. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 46, Heft 1.) Nach den (an vier Kaninchen) unternommenen Versuchen erscheint die Möglichkeit, eine lokale Immunität durch eine allgemeine (subcutane) Behandlung zu erzielen, eine sehr geringe. Höchstens möchte B. schliefsen, dafs man durch eine subcutane Immunisierung des Kaninchens durch Einimpfung von syphilitischen Hornhäuten eine Verspätung in der Entstehung der Keratitis und somit eine Verlängerung der Inkubationsperiode bewirken kann. Auch mit anderen Immunisierungsversuchen, wobei zerriebene und erwärmte Hornhäute und mit Glycerin und Autolysaten in physiologischer Lösung behandelte Hornhäute verwendet wurden, waren die Resultate sehr entmutigend: in einzelnen Fällen geringe, kaum bemerkenswerte Verlängerung der Inkubationsperiode, in vielen anderen Fällen keine bemerkbare, der immunitären Behandlung zuzuschreibende Wirkung. *Stern-München.*

Über die Rolle der Lipoide bei der Reaktion auf Lues, von E. Weil und H. Braun-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 5.) Nachdem nachgewiesen wurde, dafs Lipoide mit den bei Lues vorkommenden Antikörpern Komplementbildung geben, ist die Frage von Wichtigkeit, was die Bildung dieser Antikörper verursacht, da Lipoide nicht als Antigene wirken. Nach Verfassers Ansicht handelt es sich bei den bei Lues nachgewiesenen Antikörpern um Reaktionsprodukte gegen eigene Gewebsstoffe und demgemäfs die in den normalen Extrakten enthaltenen Eiweifsstoffe als Antigene angenommen. Die Versuche zeigten, dafs die nicht spezifisch wirkenden lipoiden Stoffe, die in den Extrakten vorhanden sind, die Reaktion nicht allein auslösen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Serumdiagnose der Syphilis, von William J. Butler - Chicago. (*New York med. Journ.* 30. Nov. 1907.) B. bringt hier eine kurze Beschreibung der Untersuchungen, welche in den letzten Jahren besonders von deutschen Autoren (Wassermann, Bruck, Plaut, Citron u. a. m.) in diesem schwierigen Gebiete ausgeführt wurden. Die Darstellung der zur diagnostischen Reaktion nötigen Substanzen umfafst 1. das Antigen (aus der Leber entnommen), 2. die Antikörper (5—10 ccm Blut aus der Vene der als syphilitisch angenommenen Person), 3. das Komplement (aus Meerschweinchenblut), 4. hämolytisches Blutserum (von einem Kaninchen, dem eine Suspension von Lamm-Blutkörperchen injiziert worden ist), und 5. Blutkörperchenextrakte (von Lammsblut). Die Reaktion besteht, in kurzem ausgedrückt, darin, dafs bei entsprechender Behandlung und Mischung dieser Substanzen Haemolysis nicht eintreten wird, wenn das suspekte Serum luetische Antikörper enthält, die Komplemente gebunden werden. Progressive Paralyse mufs nach diesen Untersuchungen als eine Krankheit des Nervensystems angesehen werden, welche durch eine allzu grofse Produktion von Antikörpern verursacht wird. Während im allgemeinen bei Infektionskrankheiten die Antikörper während der Rekonvaleszenz oder bald darauf verschwinden, werden sie bei Syphilis noch 30, 40 oder 50 Jahre später im Blute gefunden. Es ist daher von grofser Wichtigkeit für den Syphilitiker, zu bestimmen,

wie lang er eben nach durchgeführter Behandlung frei von Antikörpern und dadurch von virulenten Erscheinungen bleibt. Nachdem eine Anzahl Fälle nach wirksamer Behandlung eine positive Reaktion gegeben haben, so dürfte die Serumreaktion als ein Wegweiser für die weiteren Behandlungsmethoden dienen und vielleicht eine prophylaktische Handhabe gegen die parasyphilitischen Affektionen bilden. Es ist eine bekannte Tatsache, dafs gerade jene Fälle von Syphilis, welche einen milden Verlauf haben und bald keine Erscheinungen mehr zeigen, in der Folge oft Tabes oder progressive Paralyse nach sich ziehen im Gegensatz zu den scheinbar schwereren Fällen, die dadurch wiederholten Behandlungskuren unterzogen werden. Das Wiederauftreten von Immunkörpern sollte wenigstens bei Syphilitikern genau beobachtet werden, anstatt dafs man die Entwicklung manifester Erscheinungen oder sog. parasyphilitischer Erkrankungen abwartet. *Stern-München.*

Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Serodiagnostik gegenüber Syphilis, von A. Wassermann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 50.) Antwort auf die Arbeit von Weil und Braun; Wassermann betont, dafs es sich bis jetzt um etwa 1000 untersuchte Fälle handelt, aus denen einstimmig der diagnostische Wert seiner Reaktion hervorgeht. Er wiederholt seinen Satz, dafs diese Reaktion auf Syphilis an Zuverlässigkeit und Häufigkeit des Eintrittes der Widalschen bei Typhus überlegen ist. Jedenfalls bedeutet die Seroreaktion auf Syphilis für die Praxis einen grofsen Gewinn. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Serodiagnostik gegenüber Syphilis, von A. Wassermann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 51.) Der Aufsatz bildet eine Fortsetzung der ersten Mitteilung W.s, in welcher er den gegenwärtigen Stand der Serodiagnostik gegenüber der Lues schilderte. Er drückte darin aus, dafs er bei der Serumreaktion auf Lues einen Antikörper gegenüber einem Antigen nachwies. Es ist jetzt klar, dafs es sich bei der Syphilis im Organismus um Substanzen handelt, welche imstande sind, das Lecithin anzugreifen. Lecithin ist aber ein äufserst wertvoller vitaler Bestandteil sehr zahlreicher wichtiger Zellen, die nachgewiesenen Substanzen sind also als ein Toxin aufzufassen. Nach dem heutigen Stande des Wissens kann man das Wesen der Serumreaktion dahin präzisieren, dafs man dabei die Eigenschaft der Körpersäfte des Syphilitikers, mit gewissen Lipoiden Bindung einzugehen, diagnostisch nachweist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Technik, Zuverlässigkeit und klinische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion auf Syphilis, von Georg Meier. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 51.) Die Wassermannsche Reaktion ist eine für Syphilis spezifische Reaktion. Wegen ihrer grofsen Zuverlässigkeit bildet sie eine wesentliche Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel. Die komplizierte Technik der Reaktion erfordert zur Erzielung einwandsfreier Resultate einen durchaus geübten und erfahrenen Untersucher. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über den klinischen Wert der Wassermannschen Serodiagnostik bei Syphilis, von W. Fischer und G. Meier-Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 52.) Die Untersuchungen, die hier mitgeteilt werden, erstreckten sich auf 114 Personen, von denen elf nicht syphilitisch infiziert waren. Die von M. ohne Kenntnis der klinischen Diagnose ausgeführte Prüfung der Blutproben bestätigte in 84 % der Fälle die klinische Diagnose. Bei den elf nicht-syphilitischen war die Reaktion jedesmal negativ. Bei den negativ ausgefallenen Untersuchungen von tatsächlich syphilitisch Erkrankten mag die eingeleitete Behandlung das Resultat beeinflufst haben; doch waren auch von den Patienten mit positivem Resultate viele schon antisyphilitisch behandelt worden. Da die Reaktion noch in den Spätstadien der Lues positiv

ausfällt zu einer Zeit, in der der Spirochätennachweis meist nicht mehr gelingt, hat sie noch für solche Fälle einen besonderen diagnostischen Wert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Serodiagnostik gegenüber Syphilis, von E. Weil und H. Braun-Prag. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 52.) Entgegnung auf Wassermanns Aufsatz obigen Titels.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die klinische Leistungsfähigkeit der Serodiagnostik bei Lues, von Hans Mühsam-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 1.) Die Reaktion ist klinisch-spezifisch. Positive Reaktion weist auf das Vorhandensein von aktiver Syphilis im Körper hin. Negativer Ausfall beweist nicht immer, dafs der Körper frei von Lues ist. Trotz luetischer Infektion findet sich negative Seroreaktion: 1. im Falle der Heilung, 2. wenn sich noch keine komplementbindenden Substanzen gebildet haben, 3. vielleicht in refraktären Fällen, 4. vielleicht in der negativen Phase der Reaktion des Körpers. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Bedeutung der Wassermannschen Syphilisreaktion für die chirurgische Differentialdiagnose, von F. Karewski. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 1.) Der negative Ausfall der Serodiagnostik hat zwar an sich keine Beweiskraft, kann aber in differential-diagnostischem Sinne unter Berücksichtigung der übrigen klinischen Erhebungen insofern wertvoll sein, als er der Syphilis verdächtige Produkte in anderer Weise erklärt. Der positive Ausfall zeigt am sichersten, ob Lues vorhanden oder überstanden ist. Der Chirurg gewinnt dadurch trotz Abwesenheit aller sonstiger Zeichen von Syphilis und trotz Versagens anamnestischer Daten bei vielerlei Affektionen im Zweifelfalle ein bemerkenswertes Merkmal für sein Handeln; er sollte daher nie die Prüfung mit Wassermanns Serodiagnostik unterlassen, wo Lues nicht von vornherein feststeht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Serodiagnostik der Syphilis, von Pletnew und Citron. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1908. Nr. 2.) Auf Grund ihrer, wie der übrigen Untersucher Erfahrungen sind die beiden Verfasser zum Schlufs gekommen, dafs die Seroreaktion im klinischen Sinn für Syphilis spezifisch ist, d. h. dafs sie niemals bei Gesunden vorkommt und bisher, mit wenigen Ausnahmen, nur bei Syphilitischen gefunden worden ist. Anders ist es mit der Spezifizität im biologischen Sinne, da geben die vorhandenen Befunde noch kein Recht zu einem derartigen Schlufs. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zur Präzipitinreaktion bei Syphilis, von W. Fernet-Strafsburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 2.) Verfasser bemerkt, dafs er und Scherschewsky als die ersten über Syphilispräzipitine gearbeitet haben und macht sein Prioritätsrecht geltend.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bemerkungen zu den Mitteilungen von Prof. Wassermann in Nr. 50/51, von V. Landsteiner, R. Müller und O. Pötzl. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 2.) Verfasser bemerken, dafs sie in der *Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 50 berichteten, dafs Komplementbindung durch Syphilisserum auch erfolgt, wenn man alkoholische Organextrakte verwendet. Diese Reaktionen lassen sich zur praktischen Diagnostik verwenden. Es scheint, dafs in den Extrakten verschiedene wirksame Substanzen vorkommen, da manche Organextrakte wesentlich stärker wirkten als käufliches oder von den Verfassern aus Hühnereiweifs hergestelltes Lecithin. Nach ihren Erfahrungen sind auch die Wirkungen verschiedener Syphilissera gegenüber Emulsionen des käuflichen Lecithins und alkoholischen Organextrakten öfters nicht proportional.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über den differential-diagnostischen Wert der Wassernannschen Serodiagnostik bei Lues für die innere Medizin und die Neurologie, von Karl Kroner-

Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 4.) Nach seinen Untersuchungen kommt Kroner zu der Ansicht, dafs der negative Ausfall der Seroreaktion der Lues nur mit grofser Vorsicht zu verwerten ist. Der positive Ausfall beweist, wenigstens nach den bereits jetzt vorliegenden, schon recht zahlreichen Untersuchungen, dafs der Untersuchte Lues hat oder gehabt hat. Weitere Schlüsse für Prognose und Therapie lassen sich aus dem Ausfall der Reaktion an sich noch nicht ziehen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Klinische Betrachtungen über die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, von W. Fischer - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 4.) Nach des Verfassers Ansicht ist die Reaktion, wenn sonst ihre Richtigkeit und Brauchbarkeit als definitiv sich herausstellen sollte, wohl diagnostisch wertvoll, aber speziell für die syphilidologische Therapeutik kommt sie zurzeit noch nicht in Betracht. Jedenfalls scheint die vorliegende Kenntnis des Phänomens noch zu gering, um für die Behandlung einer Krankheit zu bindenden Schlüssen zu gelangen, die in oft jahrzehntelangem Turnus die wechselndsten klinischen Bilder bietet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Serodiagnose der Syphilis, von R. P. v. Calcar. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 4.) Verfasser weist auf seine Arbeit: „Immunitätsreaktionen und einige ihrer Anwendungen für Klinik und Laboratorium" hin, in welcher er fast zu denselben Schlufsfolgerungen kommt wie Weil und Braun. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Erfahrungen mit der Serodiagnostik der Syphilis, von Leonor Michaelis und Fritz Lesser-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 6.) Unter 63 Syphilitikern zeigten 47 positive Wassermannsche Reaktion, 16 Fälle negative, ein Beweis für den hohen diagnostischen Wert der Serumprüfung auf Syphilis. Besonders auffallend ist das vorzügliche Resultat bei Paralyse. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Vorläufige Mitteilung über eine Methode der Serumdiagnostik bei Lues, von E. Klausner-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 7.) Der zu untersuchende Patient wurde am Rücken oberflächlich skarifiziert und ihm dort per Saugglas 4—5 ccm Blut abgenommen. Das Blut wurde zentrifugiert, das Serum abgegossen, nochmals zentrifugiert und so in ganz klarem Zustande verwendet. In Standgläschen von 1/2 cm Breite und 7 cm Höhe brachte K. 0,2 ccm des zu untersuchenden Blutserums und 0,7 ccm destilliertes Wasser. Die geschüttelten Gläschen blieben in Zimmertemperatur stehen. Die Sera von Luetikern zeigten nun im Verlauf von höchstens 15 Stunden stets eine 2—4 mm hohe, den Boden leicht belegende Ausfällung. Die nicht luetischen Sera wiesen erst nach 24 Stunden einen ganz geringen Bodensatz auf, der sich deutlich von dem luetischen unterschied. Die Versuche glückten stets. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Serodiagnostik der Syphilis, von Nobl und Arzt. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 9.) Nach ihren Erfahrungen sprechen sich die Verfasser für Anwendung der Porges-Reaktion aus, welche sie für sicherer halten als die Klausnersche. Für vergleichsweise Beurteilung beider Methoden standen ihnen 28 Kontrollversuche zur Verfügung, in welchen sich die gleichen Sera für die Anstellung beider Reaktionen verwerten liefsen. Ein paralleles Verhalten war hierbei in 16 Untersuchungen aufzuweisen, während sich in zwölf Vergleichen dahingehende Unterschiede geltend machten, dafs dem negativen Klausnerschen Phänomen eine deutlich positive, zumeist sogar stark positive Lecithinausflockung gegenüberstand. Da überdies in keinem Falle die Porges-Reaktion versagte, wo sich die Globulinfällung erfolgreich erwies und für die Beurteilung des quantitativen Ausschlages die Lecithinmethode bei weitem sicherere Anhaltspunkte liefert, so möchten Verfasser vorläufig die Empfindlichkeit dieser Serumreaktion bei weitem höher veranschlagen und als dem praktischen Bedürfnisse entsprechender hinstellen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zu welchen Schlüssen berechtigt die Wassermannsche Reaktion (Serodiagnostik der Syphilis)? von Fritz Lesser - Berlin. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 9.) Bei der Mehrzahl der Syphilitiker spielen sich in späten Jahren nach der Infektion syphilitische Prozesse ab, die der klinischen Diagnose meist entgehen; zahlreiche Sektionsbefunde bestätigen dies in unzweideutiger Weise. Es spricht alles dafür, dafs eine positive Wassermannsche Reaktion einen bestehenden syphilitischen Prozefs im Organismus anzeigt. Eine negative Serumreaktion beweist nicht, dafs die Syphilis ausgeheilt ist. — Tabes und Paralyse sind als besonderes Stadium der Syphilis, als quartär-syphilitische Erkrankungen zu betrachten. — Die Quecksilberbehandlung (besonders die protrahierte) scheint die Serumreaktion zu beeinflussen, negativ zu gestalten. Ob spätere Rezidive der Syphilis und eine damit Hand in Hand gehende spätere, wieder positive Serumreaktion verhütet wird, ist noch unentschieden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Serodiagnostik der Syphilis, von Tschlenow. (*Russki Wratsch.* 1908. Nr. 9, 12 und 14.) Eine literarisch-kritische Betrachtung.

Arthur Jordan-Moskau.

Die Wassermann - A. Neisser - Brucksche Reaktion bei Syphilis, von C. Bruck und M. Stern-Breslau und Batavia. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 10 bis 12.) Verfasser haben an zahlreichen syphilitisch infizierten Affen und an Menschen eingehende Untersuchungen auf diesem gewifs recht mühsamen und subtilen Gebiete ausgeführt und ziehen aus den hier ausführlich dargelegten Studien hauptsächlich folgende Schlüsse: Das Serum niederer Affen weist nicht selten auch normalerweise Antikörper auf; die Menge derselben wird durch Einverleibung infektiösen Materias n ziemlich erheblichem Mafse noch gesteigert. Beim Orang-Utan konnten vor stattgehabter Infektion niemals Antikörper nachgewiesen werden, sondern immer erst nach der Infizierung. Dafs die Antikörper keine abtötende Wirkung auf das Syphilisvirus ausüben, ist durch diese und andere Beobachtungen erwiesen. Das Luesantigen stellt nicht eine Mikroorganismussubstanz dar, sondern einen normalerweise im Körper vorkommenden Stoff, der durch den Einflufs des Syphiliserregers eine starke Vermehrung erfährt; dies gilt sowohl für den Menschen als auch für Affen. Ein positiver Antigenbefund bedeutet nicht ohne weiteres positive Verimpfbarkeit. Das Antigen ist nicht als ein Spirochätenprodukt, sondern als eine körpereigene Substanz anzusehen, die durch Luesinfektion eine starke Steigerung erfährt. Die Antikörper stehen auch beim Menschen in keinem Zusammenhang mit den sog. „Immunitätsstadien" der Krankheit — die Latenzstadien der Lues sind nicht etwa durch hohen Antikörpergehalt bedingt; vielmehr läfst eine positive Reaktion mit grofser Sicherheit auf Lues schliefsen, auch bei Latenz von seiten anderer Symptome. Die Serumbefunde sind ein fast endgültiger Beweis für den Zusammenhang von Tabes und Paralyse mit der Syphilis.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über eine Methode der Serumdiagnostik bei Lues, von E. Klausner-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 11.) K. teilt die Resultate mit, welche er bei der Untersuchung von 110 luetischen Individuen und 70 nicht luetischen Kranken mittels seiner in Nr. 7 *dieser Zeitschrift* angegebenen Methode erhielt, und zwar wurden alle Arten luetischer Symptome und Stadien untersucht. Die Resultate waren in jeder Richtung befriedigend, die Untersuchungen werden fortgesetzt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis, von Eugen Fraenkel und H. Much - Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 12.) Die Verfasser haben sich der Wassermannschen Serumreaktion bedient, um post mortem bei syphilisverdächtigen Organbefunden über die Ätiologie der Erkrankung nach

Möglichkeit Klarheit zu gewinnen. In sechs Fällen von KELLERscher Aortitis war der Ausfall der Probe absolut positiv, in zwei Fällen von Aortenaneurysma dagegen negativ; in einem dieser beiden Fälle fanden sich an der Aorta streifige Herde, die eine gewisse Ähnlichkeit mit den die KELLERsche Aortitis charakterisierenden hatten. In einem Falle von hochgradiger Pigmentatrophie beider Hoden und in drei Fällen von Hodenschwielen, die von einzelnen Pathologen mit Syphilis in Zusammenhang gebracht werden, hatte die Probe ein negatives Ergebnis; wenn aus diesem bei der kleinen Zahl von Fällen auch keine bindenden Schlüsse zu ziehen sind, so spricht es doch gegen die Anschauung LESSERS, dafs „die Orchitis fibrosa ein sicherer Beweis eines syphilitischen Prozesses im Hoden ist". In zwei Fällen von allgemeinem Amyloid, bei denen weder klinisch noch anatomisch eines der sonst in Betracht kommenden ätiologischen Momente festgestellt werden konnte, fiel die Reaktion ebenfalls negativ aus; in beiden Fällen fand sich eine sog. Schinkenmilz, der von vielen Seiten eine pathognomische Bedeutung für vorausgegangene Syphilis zugeschrieben wird. — Bei einem Kranken mit fluktuierendem Mastdarmgeschwür, das von den einen auf blennorrhoische, von den anderen auf luetische Infektion zurückgeführt wird, war der Ausfall der Reaktion negativ. *Götz-München.*

Theorie und Technik der WASSERMANNschen Reaktion und ihre Bedeutung für die Syphilis, von MASSLAKOWITZ und LIEBERMANN. (*Russki Wratsch.* 1908. Nr. 15.) Die aus dem Laboratorium von Prof. SABOLOTNY in Petersburg stammende Arbeit bringt nach einer theoretischen Auseinandersetzung die Resultate über 169 eigene Untersuchungen, von denen 46 die Sera Nichtsyphilitischer, 103 die Sera Syphilitischer und 20 die Sera zweifelhafter Fälle betrafen. In den 46 Fällen von Nichtsyphilitischen fiel die Reaktion stets negativ aus, in den 103 Fällen von Syphilitischen handelte es sich um 91 Fälle kondylomatöser und um 12 gummöser Lues. Von den letzteren gaben 8 ein positives und 4 ein negatives Resultat, unter den 91 Fällen kondylomatöser Lues waren 41 mit deutlich ausgesprochenen Krankheitserscheinungen, welche alle ein positives Resultat ergaben, und 50 mit latenter Lues, von denen 18 ein positives und 32 ein negatives Resultat ergaben. Inwieweit die Behandlung in diesen Fällen von Bedeutung war, vermögen die Verfasser noch nicht zu sagen. In den 20 Fällen zweifelhafter Natur fiel die Reaktion 3 mal positiv und 17 mal negativ aus.

Die beiden Verfasser sind der Ansicht, dafs ein positiver Ausfall der Blutserumreaktion stets auf Syphilis deutet. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zur Methodik des serologischen Luesnachweises, von J. BAUER-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 16.) Zu einer vereinfachten serologischen Prüfung auf Lues verwendet B. folgendes: 1. Frisches Meerschweinchenserum. 2. Organextrakt — der nach Vorschrift von MICHAELIS und LESSER hergestellte alkoholische Auszug der Leber eines luetischen Fötus oder Säuglings. 3. Eine 5%ige Aufschwemmung von Hammelblutkörperchen in physiologischer Kochsalzlösung. 4. und 5. Die Blutseren des zu untersuchenden Patienten und eines Gesunden, die eine halbe Stunde im Wasserbade auf 56° erhitzt werden. In vier Röhrchen werden die entsprechenden Mischungen angesetzt und im Brutschrank dann das Eintreten der Lösung resp. das Ausbleiben derselben beobachtet. Das Ergebnis seiner Beobachtungen, welche zur Aufstellung dieses Verfahrens führten, fafst Verfasser etwa folgendermafsen zusammen: Das Ablenkungsphänomen bei der Luesreaktion beruht auf der antikomplimentären Wirkung, welche die lipoide Substanz des Organextraktes in Gemeinschaft mit in Luesserum vorhandenen hemmenden Körpern ausübt. Solche Körper sind im Serum des Gesunden auch, aber in geringem Mafse vorhanden; sie werden durch den im menschlichen Serum reichlich vorhandenen, gegen Hammelblut gerichteten Ambozeptor verdeckt. Mit Hilfe dieses Ambozeptors gelingt es, die WASSERMANNsche Reaktion in

der Weise zu vereinfachen, daſs man den spezifischen Hammelimmunkörper entbehren kann. Stark lipämisches Serum ist für die Reaktion nicht zu gebrauchen. Säuglinge besitzen den Hammelblutambozeptor noch nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Präzipitinreaktion bei Syphilis, von Leonor Michaelis - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 46.) In der Berliner medizinischen Gesellschaft hielt Verfasser einen Vortrag über die Präzipitinreaktion bei Syphilis. Er schlieſst nach seinen Versuchen, daſs der Leberextrakt das Antigen, das Serum den Antikörper enthält. Dieser Befund steht in gutem Einklang mit der Deutung, die Wassermann der Reaktion gegeben hat, oder vielmehr von der er zuerst ausgegangen ist. Es ist möglich, daſs diese indirekte Präzipitationsmethode imstande ist, die Komplementsbindungsmethode zu ersetzen, was wünschenswert wäre, denn die Methode würde sich dadurch erheblich einfacher gestalten. In der Diskussion bemerkt Julius Citron, daſs die Präzipitation schon vor kurzem in zwei Arbeiten von Fornet beschrieben worden sei. Auch er bestätigt die Michaelisschen Beobachtungen. Senator bemerkt, daſs es Michaelis wohl besonders darauf angekommen sei, zu demonstrieren, daſs in der Leber Präzipinogen und im Serum Präzipitin vorhanden war, also Antigen und Antikörper zugleich in demselben Organismus nachweisbar waren. Michaelis bestätigt diese Ansicht Senators im Schluſswort. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Gibt es eine spezifische Präzipitatreaktion bei Lues und Paralyse? Von F. Plaut, W. Heuck und Rossi. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 2.)

Gibt es eine spezifische Präzipitatreaktion bei Lues und Paralyse? Von W. Fornet und J. Schereschewsky. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 6.) Fornet hat gemeinschaftlich mit Schereschewsky und einigen anderen Autoren das Auftreten ringförmiger Trübungen beobachtet, wenn Sera von Luetikern in floridem Stadium und Sera von Paralytikern und Tabikern vorsichtig übereinandergeschichtet werden; Fornet und seine Mitarbeiter sprechen diese Ringbildung als eine für Lues spezifische Präzipitation an. Plaut, Heuck und Rossi haben die Untersuchungen Fornets einer Nachprüfung unterzogen und können das tatsächliche Auftreten der Reaktion bestätigen; eine Spezifität für Lues dagegen erkennen sie nicht an, denn sie sahen Ringbildung in der gleichen Art und Deutlichkeit bei der Berührung von Luetikerseris mit Normalseris, von Normalseris mit Paralytikerseris, von Normalseris mit anderen Normalseris und endlich auch bei Überschichtung verschiedener Verdünnungen einunddesselben Normalserums. Der positive Ausfall der Reaktion ist also nicht von dem Vorhandensein einer luetischen oder postluetischen Affektion abhängig. Auch beim Vermischen von Luetikerserum mit Luesleberextrakt sahen die Verfasser, ebenso wie Michaelis, stark wolkige Niederschläge entstehen; aber auch diese Präzipitation hat nichts spezifisches. Nach all dem scheint die Präzipitation vorläufig wenigstens nicht geeignet, die Wassermannsche Methode der Serodiagnostik der Lues zu ersetzen.

Diesen Ausführungen gegenüber halten Fornet und Schereschewsky in einer vorläufigen kurzen Entgegnung an der Spezifität der durch Kontrolle abgegrenzten Präzipitatreaktion bei Lues, Tabes und Paralyse fest. Tritt bei Überschichtung zweier Patientensera ein Ring auf, so ist dieser als spezifisch anzusehen, wenn keines der beiden Sera mit normalem Serum einen Ring gibt. Physikalisch einwandfreie, klare Normalsera geben unverdünnt miteinander keine Fällungen. *Götz-München.*

Über Antikörperbefunde bei Lues, Tabes und Paralyse, von E. Weil und H. Braun - Prag. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 49.) Der Wassermann-Bruckschen Reaktion bei Lues, Tabes und Paralyse fehlt in bezug auf das Antigen und dementsprechend auch in bezug auf den Antikörper jede Spezifität. Die mit dieser Methode nachgewiesenen Antikörper stellen Autoantikörper gegen eigene Zellstoffe dar. Der Antikörpernachweis in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Tabes und

Paralyse beweist weder direkt noch indirekt den Zusammenhang dieser Erkrankungen mit Lues, weil der Beweis, dafs die Antikörper im Gehirn respektive Rückenmark gebildet sind, fehlt, vielmehr die Wahrscheinlichkeit, dafs dieselben aus dem Blute stammen, eine sehr grofse ist. Der Gehalt von Autoantikörpern in den Stätten dieser Erkrankungen ist ein Beweis dafür, dafs es zu degenerativen Veränderungen an Zellen und Gewebsresorption gekommen ist. Ob diese Autoantikörper eine diagnostische Bedeutung erlangen werden, müssen erst weitere Untersuchungen entscheiden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Frage der Komplementbindungsreaktionen bei Syphilis, von K. Landsteiner, R. Müller und O. Pötzl-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 50.) Die Nachprüfungen der Verfasser bestätigen, dafs mit dem Serum von Luetikern und Paralytikern Komplementbindungsreaktionen ausgeführt werden können, die von grofser diagnostischer Bedeutung sind. Verfasser beweisen dieses an der Hand einiger besonders markanter Fälle. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Verwertbarkeit und Bedeutung der Komplementbindungsreaktion für die Diagnose der Syphilis, von Rudolf Müller-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 9.) Bericht über Fragen klinischer Bedeutung aus Fingers Klinik. Aus der grofsen Reihe von Fällen geht hervor, dafs das Serum von Frauen, trotz häufig durchgemachter Aborte und Frühgeburten, bei erwiesener Lues des Mannes keine Reaktion auf Lues zu zeigen braucht, dafs andrerseits, trotz positiv reagierenden Serums der Mutter, auch bei älteren Fällen manifester Lues, das Serum der Kinder negativ reagieren kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Fieber im Spätstadium der Syphilis, von W. Siebert. (*Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg.* Bd. II, 1907.) Verfasser weist darauf hin, dafs nicht oft genug bei okkultem Fieber an Syphilis als Ursache gedacht werde. Um sich vor diagnostischen Irrtümern zu schützen, soll man bei unklaren Erkrankungen stets an die Möglichkeit einer syphilitischen Affektion denken und sich durch die spezifische Therapie vergewissern. Fünf von den sechs beschriebenen Fällen geben Schulfälle dafür wieder. Leber und Milz waren zwar fast durchweg vergröfsert, aber nicht erheblich; sonst war kein charakteristischer Befund zu erheben. Der Anblick der beigegebenen Kurve legt allerdings den Gedanken an eine septische oder pyämische Erkrankung sehr nahe, eventuell auch an Malaria. Besonders tritt die prompte Wirkung der Jodkalium-Medikation auf den Fieberverlauf hervor. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über syphilitisches Fieber, von Albanus. (*Rufski Wratsch.* 1908. Nr. 1.) Beschreibung von vier Fällen von syphilitischem Fieber. Im ersten trat dasselbe sechs Wochen nach der Infektion auf und gab zu den verschiedensten diagnostischen Fehlern Anlafs, bis es unter Jodkaliumgebrauch prompt schwand und die Diagnose sicherte. In den übrigen drei Fällen handelte es sich um syphilitisches Fieber in den späteren Stadien, und zwar in Abhängigkeit von syphilitischen Affektionen der Leber. *Arthur Jordan-Moskau.*

Syphilitisches Fieber, von A. Ceconi. (*Rif. med.* 1908. Nr. 15.) Der Verfasser konstatiert, dafs die Pathogenese des sogenannten syphilitischen Fiebers noch sehr wenig bekannt ist. Er glaubt, dafs dabei individuelle Bedingungen keine grofse Rolle spielen, dafs vielmehr das Fieber den Ausdruck einer spezifischen Toxihämie bildet und je nach der Intensität des Virus variiert. In Betracht kommen dabei ferner Associationen mit anderen pathogenen Erregern und eine mehr oder weniger ausgesprochene Neigung des entzündeten Gewebes zur sklerogenen Wucherung, woraus eine Begünstigung oder eine Beeinträchtigung in der Ausbreitung des Pr
in der Resorption des durch diesen Prozefs erzeugten toxischen Materials resultiert.

C. Müller-Nyon.

Kongenitale Syphilis. von C. Lucas-London. (*Brit. med. Journ.* 1. Febr. 1908.) Allgemeine Darstellung der Pathologie. Die Infektion des Fötus findet nach L.s Auffassung stets von der Mutter her statt, und zwar spätestens während der Ablösung der Placenta auf dem Wege der Nabelvene; bei antisyphilitischer Behandlung der Mutter oder bei verminderter Intensität des Syphilisvirus bildet die Placenta einen Schutzwall gegen das Eindringen des Giftes in den Körper des Fötus. Wenn es sich erweisen läſst, daſs die Spirochäten in der männlichen Samenflüssigkeit enthalten sein können, würde man das Auftreten der weiblichen Syphilis ohne nachweisbaren Schanker durch eine intra-uterine Infektion erklären können. Verfasser berichtet ferner über ein kongenital syphilitisches Ehepaar, das ein (wenigstens längere Zeit) ganz gesundes Kind hatte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kongenitale Syphilis, von J. Bain-South Shields. (*Brit. med. Journ.* 21. März 1908.) Nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Bakteriologie der kongenitalen Syphilis, von Hans Bab-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 46.) Nach einigen Mitteilungen über den Nachweis der Spirochaeta pillida in den Organen neugeborener hereditär-syphilitischer Kinder berichtet B. über einen hereditär-syphilitischen Fötus, der ebenso wie seine Placenta durch universelles Ödem deformiert war; Spirochäten wurden nirgends gefunden, dagegen enthielt die Aszitesflüssigkeit Antikörper, ein Befund, der bisher noch nie erhoben worden ist. Möglicherweise ist diese Bildung von Antistoffen als Heilungsbestreben des Organismus aufzufassen, und vielleicht haben in dem Fötus die Antikörper Spirochäten und später auch Antigene zum Verschwinden gebracht. Vielleicht aber ist die Frucht von vornherein spirochätenfrei geblieben und nur schädigenden Einwirkungen erlegen, die mit der übergroſsen Antikörperproduktion zusammenhängen.

Anschlieſsend an diese Ausführungen bringt B. eine Übersicht über die Resultate der in 50 Fällen von kongenitaler Lues vorgenommenen mikroskopisch-bakteriologischen und biologischen Untersuchungen. *Götz-München.*

Über die pathologische Anatomie der kongenitalen Lues, von Gotthold Herxheimer. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 51.) Vortrag, gehalten auf der Tagung der Kinderärzte in Wiesbaden. Referat über die pathologische Anatomie der kongenitalen Lues, enthält nichts Neues. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über den hereditär-syphilitischen Ursprung mancher Fälle von Friedreichscher Krankheit, von Jules C. A. Lecouffe. (*Thèse de Lille.* 1905. Nr. 3.) Eine Reihe von Autoren sprechen der hereditären Syphilis eine ätiologische Rolle für das Auftreten der Friedreichschen Krankheit zu. Verfasser bespricht zunächst die Geschichte der Friedreichschen Krankheit, dann deren infektiöse Ursache und entwickelt schlieſslich seine eigenen Ansichten über den hereditär-syphilitischen Ursprung dieser Affektion. *Fritz Loeb-München.*

Über die sklero-gummöse, hereditäre Zungensyphilis, von Maurice Morillon. (*Thèse de Paris.* 1907. Nr. 382.) Die sehr seltene, hereditäre, sklero-gummöse Zungensyphilis ist klinisch durchaus identisch mit der Glossitis der gleichen Form nach erworbener Syphilis. Die Prognose hängt von der möglichst frühzeitigen Stellung der Diagnose ab, welch letztere sich stützt auf die objektiven Symptome, die persönlichen und verwandtschaftlichen Antecedentien des Patienten, auf das Fehlen einer erworbenen Syphilis und auf den Einfluſs der spezifischen Therapie.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Gummata des Gaumens bei hereditärer Syphilis, von Marc. Lachappelle. *Thèse de Paris.* 1907. Nr. 142.) Ohne berichtenswerte neue Tatsachen. *Fritz Loeb-München.*

Betrachtungen über die Differentialdiagnose zwischen Knochen- und Gelenkerkrankungen bei Lues hereditaria und Tuberkulose, von Louis Debonnesset. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 474.) Zahlreiche Fälle von Knochen- und Knochen-Gelenk-Syphilis werden fälschlich für tuberkulöse Affektionen gehalten, ein Irrtum, der um so ernster ist, als die Quecksilberbehandlung ein zuverlässiges therapeutisches und diagnostisches Hilfsmittel darstellt; doch ist die Differentialdiagnose in der Tat schwierig. *Fritz Loeb-München.*

Über Knochenerkrankung bei Lues hereditaria tarda, von Ed. Stadler. (*Fortschr. f. Röntgenstr.* Bd. XI, Heft 2.) Verfasser beschreibt einen 17jährigen Arbeiter, von schlankem, ausgesprochen infantilem Typus, bei dem sich als Stigmata der ererbten Lues, neben Hutchinsonschen Zähnen und Flecken auf der Cornea, typische Knochenveränderungen an beiden Unterschenkeln und Vorderarmen finden. An den Tibien ist zu konstatieren abnorm grofses Längenwachstum und säbelförmige Krümmung; die untere Hälfte der Diaphysen zeigt sich als runder Knochen mit höckeriger Oberfläche. Die Röntgenphotographie zeigt aufser der veränderten Gestalt und der Zunahme des Breiten- und Tiefendurchmessers verwaschene Struktur der Spongiosa; die scharfe Grenze zwischen Markraum und Kompakte fehlt, die Kompakte selbst erscheint aufgefasert, die Epiphysenlinien erscheinen breit und auffallend gezackt. Ähnliche Verhältnisse finden sich an den Vorderarmknochen, und als Zeichen des vermehrten Längenwachstums des Radius eine starke Krümmung desselben. Die Ursache der Erscheinungen liegt in dem abnormen Längenwachstum des abnorm weichen Knochens, als Folge eines Reizzustandes in den Epiphysen.

F. Hahn-Bremen.

Beiträge zur Kenntnis der Spontanfrakturen bei hereditärer Syphilis, von Fernand Delouvrier. (*Thèse de Paris.* 1907. Nr. 386.) Spontanfrakturen bilden eine seltene Manifestation der hereditären Syphilis. Beim Neugeborenen sind sie an das Vorhandensein mikroskopischer Gummata gebunden, beim älteren Kinde kommen sie auf dem Boden der gummösen Osteomyelitis zustande. Die Prognose ist gut, besonders bei Kindern mit ordentlicher Ernährung. Therapeutisch kommt vor allem spezifische Behandlung in Betracht. *Fritz Loeb-München.*

Die hereditär-syphilitische Ostitis, von Villemin. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 7.) Klinischer Vortrag, der nichts Neues enthält. *Götz-München.*

Behandlung der hereditären Syphilis des Neugeborenen, von S. Martin. (*Rev. Ibero-Amer. de cienc. med.* 1907. Nr. 39; nach einem Artikel in *Le Médicin Practicien.*) Eine Aufzeichnung der verschiedenen direkten und indirekten (durch Benutzung des mütterlichen Organismus) Behandlungsmethoden. Bringt nichts Neues.

C. Müller-Nyon.

Ergebnisse der neueren Syphilisforschungen für die Praxis, von v. Engelmann. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 40.) Nichts Neues.

Arthur Schucht-Danzig.

Die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Syphilidologie, von E. Finger-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 1.) Ein interessanter Rück- und Ausblick. Die drei wichtigsten Tatsachen in der Lehre der Sypbilis der letzten Zeit sind: Die Möglichkeit der Syphilisübertragung auf Tiere, die Entdeckung der Spirochaeta pallida und die Serodiagnose bei Syphilis. Über diese drei Themata berichtet Finger in seiner bekannten klaren Weise. *Bernhard Schulze-Kiel*

Der Einflufs der Syphilis auf die Lebensdauer, von A. Blaschko-Berlin. (IV. Internationaler Kongrefs für Versicherungsmedizin, Berlin 1906.) Seiner eingehenden Arbeit hat der Verfasser die Statistiken Dänemarks und Norwegens, sowie die statistische Erhebung für das Königreich Preufsen vom 30. April 1900 und sta-

tistische Angaben der Lebensversicherungsgesellschaft „Victoria" zugrunde gelegt. Die Bedeutung der Syphilis für die Lebensversicherung wird bedingt durch zunehmende Verbreitung dieser Krankheit und durch die Gefährdung von Leben und Gesundheit eines beträchtlichen Teiles der an Syphilis Erkrankten. In den Grofsstädten beträgt die Verbreitung der Syphilis in den besitzenden Kreisen bei einem zehnjährigen Zölibat mindestens 20—25 %. Aus dem Material der Lebensversicherungen läfst sich feststellen, dafs die Todesfälle an den Folgen der Syphilis unter sämtlichen Todesfällen überhaupt 6 % ausmachen, dafs etwa ein Drittel aller Patienten, welche Syphilis gehabt haben, an ihrer Syphilis zugrunde gehen, und dafs die durchschnittliche Verkürzung durch die Syphilis auf etwa vier Jahre zu veranschlagen ist. Hierbei sind die Todesursachen der Syphilitiker zum geringeren Teil in den sog. tertiären oder Späterkrankungen lebenswichtigster Organe zu suchen, sondern zum weitaus gröfseren Teil in gewissen, durch eine voraufgegangene Syphilis bedingten Erkrankungen des Nerven- und Gefäfssystems: Tabes, progressive Paralyse und Aortenaneurysma, und in der Schwächung der Allgemeinkonstitution und Herabsetzung der Widerstandskraft gegenüber anderweitigen Gesundheit und Leben gefährdenden Momenten. Diagnostisch ungünstig verläuft erfahrungsgemäfs die Syphilis bei Alkoholikern, bei Nervösen, bei Tuberkulose, Chlorose usw., bei ungenügender Behandlung, bei sonstigen, die allgemeine Konstitution schwächenden Momenten, wie Not, Sorge, Entbehrungen, bei leichtsinnigem Lebenswandel und in denjenigen Fällen, in welchen schon frühzeitig sich erustere Erkrankungen des Nerven- und Gefäfssystems einstellen. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall wahrscheinlicher Syphilis in der dritten Generation, von Meschtscherski. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 50.) Es handelt sich um folgende Beobachtung: Ein 62jähriger Mann, welcher mit 24 Jahren Lues akquiriert hat, stellt sich mit einem Gumma auf dem Kopf vor. Bald darauf bringt er seine zehnjährige Grofstochter, die eine gummöse Infiltration des weichen Gaumens und zwei schraubenzieherartig veränderte, mittlere, obere Schneidezähne aufweist. Laut Anamnese ist diese Grofstochter als Tochter seines einzigen und gesunden Sohnes geboren worden. 1½ Jahre nach der Geburt dieses Kindes akquirierte der Vater Lues von seiner eigenen, leichtsinnigen Frau und starb mit 31 Jahren an einer Lungenentzündung. Infolge der syphilitischen Infektion beider Eltern nahm der Grofsvater seine Grofstochter zu sich, um sie vor einer Ansteckung zu bewahren. Bei ihm ist sie die ganze Zeit über geblieben und, abgesehen von Skropheln, im allgemeinen stets gesund gewesen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Ein Fall von Syphilis, Phthise und Tabes dorsalis, von H. G. Sutherland-Huelva, Spanien. (*Brit. med. Journ.* 21. März 1908.) Ein Schiffskapitän, gebürtig aus Finnland, hatte mit 22 Jahren Syphilis akquiriert; 20 Jahre später fing er an, Symptome von Lungentuberkulose und nach weiteren zwei Jahren tabische Erscheinungen darzubieten. Tuberkelbazillen wurden in grofser Menge nachgewiesen; während der letzten zwei Jahre sind die Lungenläsionen, wie es scheint, nicht viel intensiver geworden. Verfasser führt einiges aus der Literatur an und zeigt, dafs die Spätsyphilis eher einen günstigen Einflufs bei Tuberkulose äufsert, indem dann eine gröfsere Neigung zur Fibrosenbildung besteht; die Komplikation des Frühstadiums mit Tuberkulose ist, wie an Beispielen demonstriert wird, oft äufserst unheilvoll.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis der Hebammen und Hebammenversicherung, von A. Blaschko-Berlin, (*Ztschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1907. Nr. 23.) In Anbetracht der grofsen Häufigkeit der Syphilisinfektion der Hebammen bei Aborten und Entbindungen, plädiert Verfasser energisch für die staatliche Hebammenversicherung.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über extragenitale syphilitische Infektion, von H. Bayon-Greenwich. (*Brit. med. Journ.* 21. März 1908.) Bericht über drei Fälle: Nr. 1. Säugling, Infektion wahrscheinlich mittels Löffels erfolgt; Ulcus der linken Tonsille und Drüsenschwellungen am Halse. Die Pflegemutter, welche die Gewohnheit hatte, die Nahrung des Kindes stets vor der Verabreichung zu kosten, hatte luetische Papeln auf der Rachenschleimhaut. Nr. 2. Eine junge Dame mit Ulcus lueticum der Unterlippe, offenbar durch Kufs des Bräutigams infiziert. Nr. 3. Ein sonst gesunder Mann wurde im Streit von einem betrunkenen, offenbar syphilitischen Gegner in den kleinen Finger gebissen; Wunde heilte sehr langsam und hatte zweifellose syphilitische Läsionen im Gefolge.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von extragenitaler Syphilisinfektion, von M. Weiner-Györ. (*Bud. Orv. Ujs.* 1907. Dermat. Beil. Nr. 4.) Wahrscheinlich durch Kufs entstandene Sklerose am linken Handrücken. *B. Kollarits-Budapest.*

Extragenitale Infektion, von Georg Knauer-Wiesbaden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 53.) Kn. beobachtete bei einem 23jährigen Manne ein dicht hinter der Nagelwurzel des linken Mittelfingers gelegenes, etwa halbpfennigstückgrofses Geschwür, das sich als Initialsklerose erwies; fünf Wochen später fanden sich ein kleinpapulöses Syphilid am Stamme und breite Kondylome am Skrotum und an der Glans. Der Kranke hatte etwa drei Wochen vor Beginn der Geschwürsbildung am Finger mehrere Male geschlechtlichen Verkehr mit einer Kellnerin gehabt und dabei des öfteren mit der linken Hand die Genitalien des Weibes berührt. Dafs keine genitale Infektion zustande gekommen ist, erklärt sich daraus, dafs der Mann nach jedem Coitus den Penis mit Sublimat gewaschen hat. *Götz-München.*

Ein Fall von Reinfectio mit Nachweis von Spirochaeta Schaudinn, von Burgsdorf. (*Russki Wratsch.* 1908. Nr. 13.) In dem beschriebenen Fall handelte es sich um einen 26jährigen Studenten, welcher sich im September 1906 zum erstenmal syphilitisch infizierte. Mehrfache Kuren. Am 15. Januar 1908 trat eine neue Sklerose auf dem Penis auf, die von Lymphadenitis und Roseola gefolgt war. In dem Sekret der Sklerose konnte die Spirochaeta pallida nachgewiesen werden.

Arthur Jordan-Moskau.

Einige seltene Fälle und Formen der Lues, von C. Kreibich-Prag. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 52.) Vortrag, gehalten im „Verein deutscher Ärzte" in Prag. Bericht über mehrere Fälle von Syphilis, die das Gemeinsame haben, dafs ihre luetische Natur meist durch längere Zeit verkannt wurde.

Die ersten vier Fälle betreffen gummöse Lymphome, von denen der erste längere Zeit hindurch für Tuberkulose gehalten und auch dreimal operiert wurde. Die richtige Diagnose wurde dann nach Übergreifen des Prozesses auf die Haut wesentlich erleichtert. — Der fünfte Fall betrifft schwere Gehirnerscheinungen, bereits in vier bis fünf Monaten nach der Infektion. Patient starb im neunten Monate nach der Infektion, und die Obduktion bestätigte die auf Lues cerebri und Pseudobulbärparalyse gestellte Diagnose und ergab multiple Erweichungsherde in Gehirn und Medulla, hervorgerufen durch eine Endarteriitis obliterans luetica von Heubnerschem Typus.

Ferner berichtet Verfasser über vier Fälle von Akustikuserkrankungen im Frühstadium der Syphilis, die von ihm während eines Jahres in Graz beobachtet waren; sie traten alle drei bis vier Monate nach der Infektion auf, teils als anscheinend reine Schneckenaffektion, teils kombiniert mit Erkrankung des Vorhofs und der Bogengänge.

Der folgende Fall betrifft einen 2½ Jahre bestehenden Ikterus, bei welchem erst nach energischer Quecksilberkur die etwa Handbreite über den Rippenbogen vor-

tretende, gleichmäfsig vergröfserte Leber zur Verkleinerung und der Ikterus zum Schwinden gebracht wurden.

Der letzte Fall ist nach seinen Symptomen als Unikum zu bezeichnen. Bei einem 63jährigen Patienten, der vor ca. 40 Jahren eine luetische Infektion durchgemacht hat, gibt die Leber- und Milzvergröfserung Veranlassung zur Diagnose Pseudoleukämie; es entsteht aber dann ein Hautexanthem, das zwar an ablaufende Pilzaffektion erinnerte, jedoch auf Syphilis verdächtig erscheint. Unter Einreibungen von Quecksilber bildet sich das Exanthem vollkommen zurück und gleichzeitig verkleinern sich die Milz und die Leber. Nach 3/4 Jahren erschien Patient wieder mit einem Exanthem auf den Streckseiten der Extremitäten, das aus rundlichen, etwas elevierten, erythemartigen Flecken bestand. Gleichzeitig waren vorhanden: Stauungsödeme an den unteren Extremitäten, aussetzender, unregelmäfsiger Puls, Atemnot und Cyanose des Gesichts; im Urin 7‰ Eiweifs ohne Nierenelemente. Unter der Quecksilberkur schwand das Exanthem nach zwei Wochen und nach ihrer Beendigung war auch der Puls wieder regelmäfsig und kräftig. Hingegen bestand noch nach der Kur Albuminurie und sie blieb konstant vorhanden während weiterer 1½ Jahre, auf Quecksilber sich immer etwas verringernd. Nach etwa einem halben Jahre trat ein drittes Exanthem auf in Form von beetartig leicht elevierten Flecken von ziemlich lebhaft roter, erythemartiger Farbe. Es bildete sich unter einer Inunktionskur zurück; zugleich traten aber Augenveränderungen auf, und zwar in Form von Iridocyklitis, Glaskörpertrübungen, Retinitis und Hämorrhagien.

Die ganze Affektion schien durch Gefäfsveränderungen bedingt. Aufser den Augenveränderungen erklären sie als Glomerulierkrankung die langdauernde, enorme Eiweifsausscheidung, durch die Beteiligung der nutritiven Herzgefäfse die schweren Veränderungen des Herzmuskels, und sie erklären die Vergröfserung der Leber und Milz nach Art einer interstitiellen Hepatitis ohne Ikterus und interstitiellen Splenitis. — Der Fall zeigt, dafs als Tertiärerscheinung eine Iridocyklitis auftreten kann, und bejaht einwandsfrei die seinerzeit diskutierte Frage, ob es eine tertiäre Roseola gibt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fall von Dorfsyphilis in der Hauptstadt, von Tschistjakow. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 52.) Beschreibung eines Falles von extragenitaler Syphilis (Ulcus indurata auf der Oberlippe und dem linken Vorderarm) bei einer älteren Frau, welche, man sollte es nicht glauben, in Petersburg eine Kreifsende entband, ohne Hebamme zu sein, und welche sich anscheinend bei den Belebungsversuchen, die sie mit dem syphilitischen totgeborenen Fötus anstellte, infizierte.

Arthur Jordan-Moskau.

Über einige seltene Syphilisfälle, von v. Watraszewski-Warschau. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1908. Nr. 4.) Ein 50jähriger Patient stand wegen eines schweren Prostataleidens in Behandlung. Die gestellte Diagnose auf Prostatacarcinom war falsch; es handelte sich um eine gummöse Erkrankung der Prostata, welche in Erweichung und Ulceration übergegangen war und das klinische Bild eines Prostatacarcinoms vortäuschte. Für Syphilis sprachen pigmentierte, netzförmige Narben auf dem Rücken und spindelförmige Verdickung der Tibia. Auf kombinierte Hg- und Jodkur trat schnelle Besserung unter erheblicher Verminderung des Prostatavolumens ein.

Schourp-Danzig.

Über einige seltene Syphilisfälle, von v. Watraszewski-Warschau. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1908. Nr. 7, 8, 11.) Bei einem 27jährigen Manne wird wegen Magenblutung die Diagnose auf Magengeschwür gestellt. Zu dieser gesellten sich rechtsseitige Gesichtsparese und Dilatation der rechten Papille. Auf Jod-Quecksilberbehandlung trat Besserung ein; nach drei Jahren erlag der Patient der Paralysis progressiva.

Bei einer 36jährigen Arbeiterin wurde ein Carcinoma portionis vaginalis uteri diagnostiziert. Sie verweigert die Vornahme der vorgeschlagenen Operation und sucht andere ärztliche Hilfe. Es ergab sich eine Primäraffektion an der Portio vaginalis uteri.

Eine 56jährige wird mit der Diagnose eines unoperierbaren Uteruscarcinom eingeliefert. Die Untersuchung ergab auf der Glabella eine strahlenförmige, deutliche, konkave, weifse Narbe und an der hinteren Pharynxwand ebenfalls eine weifse, breite Narbe mit unregelmäfsigen Rändern. Die Patientin gab zu, vor 15 Jahren luetisch infiziert worden zu sein. Auf Anwendung einer Cura mixta vernarbte die Ulceration am Uterus.

Eine junge Frau sollte an Lungentuberkulose leiden. Sie hustete, litt an Diarrhoe und hatte abendliche Temperatursteigerungen. An den äufseren Genitalien hatte sie eine schmerzhafte Ulceration. Vor zwei Jahren abortierte die Patientin im fünften Schwangerschaftsmonat. Beim Gatten fanden sich Verdachtsgründe für Lues. Eine Inunktionskur brachte bei der Frau die genitale Affektion baldigst zur Vernarbung und die Lungenerscheinungen zum Schwinden. *Schourp-Danzig.*

Vergleichende Untersuchungen über die Polymortalität der Syphilis und der Tuberkulose vom diagnostischen Standpunkte aus, von Belaya-Rumine. (*Thèse de Genève.* 1907.) *Fritz Loeb-München.*

Chirurgische Syphilis, von F. Karewski-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 5.) Der Aufsatz bespricht den Wert der Wassermannschen Reaktion für die Syphilis und schildert dann die charakteristischen Eigentümlichkeiten der luetischen Affektionen, besonders derjenigen, die chirurgisches Interesse haben, z. B. die geschwürigen Prozesse der äufseren Bedeckungen und der Schleimhaut, ferner die Erkrankungen der Muskeln sowie der ostalen und artikulären Zerstörungen. Dann bespricht Verfasser dia operativen Eingriffe, welche bei Lues gummosa vorgenommen werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Gibt es eine konzeptionelle Lues? von Carito. (*Giorn. internaz. d. scienze med.* 1908. Nr. 1 u. 2.) An der Hand einer Reihe von Beispielen sucht der Verfasser nachzuweisen, dafs es eine sog. konzeptionelle Syphilis nicht gibt, dafs eine spezifische Infektion durch das Sperma des Syphilitikers zwar nicht geleugnet, aber auch nicht bewiesen werden kann, und schliefslich, dafs es sicher keine hereditäre Syphilis geben kann, wo die Mutter nicht selbst luetisch infiziert war. *C. Müller-Nyon.*

Ein Fall von später postkonzeptioneller Übertragung der Syphilis, von E. Lesser. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 6.) Der Fall hat dadurch Interesse, dafs es hierbei möglich war, fast alle Daten, die für Infektion in Betracht kommen, ganz genau festzustellen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Wirklicher und vermeintlicher Haarverlust bei Syphilis, von Hermann G. Klotz-New York. (*New York. med. Monatsschr.* 1907. Nr. 9.) Klotz hält die Alopecie = Haarverlust nicht für ein gewöhnliches oder regelmäfsiges Symptom der Frühstadien der Syphilis, sondern mehr für eine Komplikation, welche von den allgemeinen Symptomen der zweiten Inkubationsperiode direkt abhängt und ihnen proportioniert ist und in der Regel bald verschwindet. Aufser dieser Alopecie gibt es eine solche mit scharf begrenzten, unregelmäfsigen, kleineren kahlen Stellen, welche dem Haarwuchs ein räudiges oder mottenfrafsähnliches Aussehen gibt und fast ausschliefslich bei Syphilitischen vorkommt, so dafs man bei dem damit behafteten Individuum die Diagnose ererbter oder erworbener Lues stellen kann. Den Ursprung dieser fleckenweisen Alopecie ist vorläufig bei der Abwesenheit aller nachweisbaren anatomischen Veränderungen der Haut selbst schwer zu erklären. *Schourp-Danzig.*

Initiale und rezidive Roseolaformen, von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 46.) V. empfiehlt, die Roseola, die den Beginn der sekun-

dären Syphilisperiode einleitet, „Roseola initialis“ zu nennen und die Bezeichnung „Rezidivroseola“ nicht im Sinne Fourniers für das wiederkehrende makulöse Exanthem, die Roséole en retour, sondern für die Roseola des Rezidivstadiums der Sekundärperiode anzuwenden. Der Ausdruck „primitive Roseola“ ist nur zur Bezeichnung einer bestimmten Form des Exanthems anzuwenden.

Die Angaben Fourniers über die Morphologie der initialen und der Rezidivroseola sind nach den Beobachtungen V.s im allgemeinen zutreffend. Nur ist hinzuzufügen, daſs die initiale Roseola nach einigem Bestande Formen und Farbe der Rezidivroseola annehmen und umgekehrt diese in Form, Anordnung und Farbe der initialen gleichen kann. Auch die von mehreren Autoren betonten Unterschiede beider Arten bezüglich der Ausbreitung und Lokalisation sind nicht konstant.

Götz-München.

Spätform eines psoriasisähnlichen Syphiloderma der Handteller, von Chirivino. (*Rif. med.* 1908. Nr. 6.) Die Affektion hatte sich bei dem 46jährigen Patienten acht Jahre nach dem Primäraffekt eingestellt und blieb während zwölf Jahren vollständig stationär, bis die spezifische Behandlung eingeleitet wurde, welche ein baldiges Verschwinden der Eruption zur Folge hatte. Der Verfasser findet in dem beschriebenen Falle eine Bestätigung der Behauptung von Mibelli, wonach die Länge des Zwischenraumes zwischen den ersten Manifestationen des Lues und dem Auftreten der tertiären Erscheinungen in direktem Verhältnisse zur Schwere des Falles und im umgekehrten zur Vielfältigkeit der eruptiven Elemente steht.

C. Müller-Nyon.

Klinische Studie über die Pigmentationen des Halses bei Syphilis, Leuko-Melanodermie und echtes Pigmentsyphilid, von P. F. Roblin. (*Thèse de Paris.* 1907. Nr. 380.) Die syphilitischen Pigmentationen des Halses, die zuerst von Pillon unter dem allgemeinen Namen der makulösen Syphilide beschrieben wurden, haben die verschiedenartigsten Deutungen gefunden; zuerst betrachtete man sie als Zeichen einer primären Affektion, ohne vorhergehende lokale Hyperämie oder irgendwelche andere spezifische Merkmale, nur durch eine Hyperpigmentation des Integuments hervorgerufen; später erklärte man sich diese Affektion durch pigmentlose Flecken oder durch pigmentlose Flecken mit peripherer Hyperpigmentation entstanden. Verfasser zeigt, daſs es in der Tat eine Affektion des Halses gibt, die in pigmentlosen Flecken auf schmutziggelbem, hyperpigmentiertem Grund, im Gefolge von papulösen, papulo-makulösen und papulo-krustösen Läsionen besteht: die posteruptive Leuko-Melanodermie. Ebenso gibt es echte Pigmentsyphilide, nach sekundären Eruptionen entstanden. Pigmentationen im Gefolge der Syphilis werden häufiger beim weiblichen Geschlecht angetroffen als beim männlichen. Sie geben keine Anhaltspunkte für die Prognose des Leidens. Für die Diagnose sind sie von gröſstem Wert. Die Therapie ist so gut wie machtlos.

Ein Literaturverzeichnis von sieben Seiten Umfang erhöht den Wert der Arbeit, der zwei vorzügliche farbige Tafeln beigegeben sind. *Fritz Loeb-München.*

Über Nagelpigmentation bei sekundärer Syphilis, von Hans Vörner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 50.) Vor kurzem hat V. in der *Münch. med. Wochenschr.* darauf aufmerksam gemacht, daſs bei Onychia luëtica eine durch Imprägnierung mit natürlichem Pigment hervorgerufene Bräunung bis Schwärzung der Nägel vorkommt. Nun berichtet er über einen Patienten, bei dem drei bis vier Monate nach einer luetischen Infektion Pigmentierung an den Fingernägeln auftrat, aber ohne daſs irgendwelche entzündliche Veränderungen vorhanden gewesen wären. Es könnte sich also um eine echte Pigmentsyphilis der Nägel gehandelt haben, wenn nicht etwa eine leichte oder rasch vorübergehende Erkrankung der Nagelmatrix un-

beobachtet geblieben ist. Die Pigmentierung, die an den verschiedenen Fingern verschieden stark war, reichte anscheinend bis auf den Grund der Nagelsubstanz; sie verschwand im Verlaufe von ungefähr drei Monaten, als weiße Präzipitatsalbe in die Endphalangen der Finger eingerieben wurde. *Götz-München.*

Die Syphilis des Ohres, von André Castex. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 3.) Zusammenfassende Darstellung der verschiedenen syphilitischen Ohrenerkrankungen. *Götz-München.*

Die Diagnose der Syphilis und der Tuberkulose des Kehlkopfs, von Cauzard. (*Soc. médic. de l'Elysée,* Oktober 1907. Nach *Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 44.) Bericht über drei Fälle von Kehlkopferkrankungen, die ursprünglich für tuberkulöse Laryngitiden gehalten worden waren, dann aber durch antiluetische Behandlung gebessert oder geheilt wurden. Im allgemeinen zeichnet sich nach C. die Kehlkopfsyphilis durch warzenartige, rote, harte Infiltration und tiefgreifende Ulcerationen mit verdickten, geröteten Rändern aus, die Läsionen sind meist auf eine Seite beschränkt; am häufigsten finden sich Veränderungen an der Epiglottis, die oft von Furchen oder bei teilweiser Zerstörung von weißen, narbigen Streifen durchzogen ist, an den Stimmbändern, an der Regio arytaenoidea und an der Regio subglottica; Infiltration unterhalb der Glottis kommt nur bei Lues vor. Bei Kehlkopftuberkulose ist das Gaumensegel blaß, die Epiglottis ödematös geschwollen, weich und blaß, die Regio interarytaenoidea, die mit am häufigsten ergriffen ist, weist Infiltration mit polypösen Wucherungen auf; die Spitzen der Gießbeckenknorpel sind kugelig verdickt, die Stimmbänder namentlich im hinteren Drittel ulceriert und sägeförmig gezahnt. Der syphilitische Larynx ist trocken, der tuberkulöse feucht und mit Schleim und Sputum bedeckt; bei Kehlkopfphthise treten viel häufiger und früher Schmerzen und Schluckbeschwerden auf als bei Kehlkopfsyphilis, bei dieser dagegen rascher und öfter dyspnoische und stenotische Erscheinungen. In Fällen, in denen das makroskopische Bild eine bestimmte Diagnose nicht gestattet, muß die histologische Untersuchung eines exzidierten Gewebsstückchens und die Tuberkulin-Ophthalmoreaktion ausgeführt werden; schließlich ist, zunächst versuchsweise, Quecksilber in Form von Injektionen anzuwenden. *Götz-München.*

Ein Fall von Gumma der Schilddrüse, von R. M. R. Thursfield - London. (*Brit. med. Journ.* 18. Jan. 1908.) Ein 53jähriger Kellner kam wegen einer seit einem Monat bestehenden schmerzlosen Geschwulst am Halse zur Behandlung. Der Tumor war stellenweise steinhart, ohne Pulsation, glatt und abgerundet. Der Patient hatte 30 Jahre zuvor Syphilis akquiriert und hat verschiedentliche Spätsymptome dargeboten, welche auf Jodkalium prompt reagierten. Bei Verabreichung dieses Mittels war nach 14 Tagen eine Verminderung und nach Ablauf eines Monats das totale Verschwinden der Schwellung zu konstatieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von syphilitischem Tumor des Rachens, von Lebram. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 5.) Kasuistisches Material. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Frage der gummösen Lymphome des Halses, von H. Brauser-München. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 3.) Ein Fall von gummöser Erkrankung der Halsdrüsen bei einem 58jährigen Herrn; es handelte sich um eine ovale, fast hühnereigroße derbe Geschwulst am hinteren Rande des rechten Sternokleidomastoideus, die unter Jodkalium schnell verschwand. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Schwere frühluetische Knochenveränderungen, von Hartung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1907. Nr. 52.) Bei der Aufnahme einer Patientin mit einer vor vier Wochen erworbenen Lues bestanden drei sehr empfindliche Stellen, eine auf der Stirn und zwei auf dem behaarten Kopf, welche dem Bilde gewöhnlicher Tophi entsprachen. Die Kranke starb an einer Hydrargyrum-Intoxikation akutester Art. Die Sektion

ergab, dafs es sich nicht um einfache Periostschwellungen, sondern um schwere ostale Veränderungen handelte, welche durchaus einer granulösen Spätlues glichen.

Schourp-Danzig.

Ein schwerer Fall von Osteoperiostitis gummosa der Nasengegend mit nachfolgender ausgedehnter Zerstörung infolge eines Traumas, von Cipolla. (*Rif. med.* 1908. Nr. 1.) Die Patientin hatte, drei Jahre vor ihrer Aufnahme in die Klinik, einen Schlag mit einem Holzschuh auf die Nase erhalten. Es bildete sich eine Geschwulst, gefolgt von einer Ulceration, welche nach und nach den einen Nasenflügel, den harten Gaumen, die Uvula zerstörte. Speckartiges Aussehen der Geschwürsränder, Schmerzlosigkeit der Affektion, verhältnismäfsiges gutes Allgemeinbefinden, Kopfschmerzen. Von akquirierter Syphilis liefs sich in der Anamnese nichts nachweisen, wohl aber bestanden Anzeichen von Syphilis bei der Mutter, weshalb die Diagnose auf tardive konstitutionelle Lues gestellt wurde, welche Diagnose auch durch das Resultat der Behandlung bestätigt wurde. Offenbar hatte in diesem Falle das Trauma als Gelegenheitsursache gewirkt und ein Aufflackern des spezifischen Giftes verursacht. *C. Müller-Nyon.*

Beitrag zur Röntgendiagnostik der Knochensyphilis, von G. Fedor Haenisch-Hamburg. (*Fortschr. f. Röntgen.* XI. Heft 6.) An verschiedenen Fällen, die ohne den geringsten Verdacht einer luetischen Erkrankung zur Untersuchung kamen, konnte Verfasser zunächst aus der Röntgenplatte allein die Diagnose auf Syphilis stellen, die auf Grund des röntgenologischen Befundes später nochmals eindringlich erhobene Anamnese bestätigte dann die Annahme der luetischen Infektion. Es werden einige der Röntgenbilder beschrieben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über einen Fall von syphilitischem Tumor des Mediastinums, von Buttino. (*Riv. critica di clin. med.* 1908. Nr. 1.) Es handelt sich um einen 66jährigen Mann, der vor 25 Jahren die ersten Symptome der Lues gezeigt hatte. Der Tumor nahm den oberen Abschnitt des Mediastinums ein, war auf radioskopischem und percutorischem Wege erkannt worden und hatte eine beträchtliche Venenektasie auf der entsprechenden Region der Haut verursacht, es bestand auch eine einseitige Stimmbandlähmung. Das Vorhandensein eines Aortaaneurysmas konnte per exclusionem ausgeschlossen werden. Zudem bestätigte der Erfolg der Therapie die Diagnose völlig, indem zirka einen Monat nach dem Beginne der Jodkaliumbehandlung alle Symptome bis auf einige ausstrahlende Schmerzen im rechten Arme verschwunden waren; vierzehn Tage später war auch von diesen nichts mehr vorhanden, und der Patient konnte als vollständig geheilt betrachtet werden. *C. Müller-Nyon.*

Über fötale Peritonitis, nebst einem kasuistischen Beitrag, von Theodor Helbing. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1908. 82 S.) Lues hat bei der fötalen Peritonitis nicht die ätiologisch ihr bisher zugeschriebene überwiegende Bedeutung anderen Ursachen gegenüber. *Fritz Loeb-München.*

Haemo-Pericardium als Komplikation von Syphilis, von J. L. Baskin-Salisbury. (*Lancet.* 8. Febr. 1908.) Ein 65jähriger, mit Symptomen von Spätsyphilis behafteter, geisteskranker Mann, starb ganz unvermutet unter Erscheinungen einer Herzaffektion. Bei der Autopsie fand man unter anderen Abnormitäten Blutgerinnsel im Pericardium und eine durch ein kleines Gumma verursachte Usur der einen Coronararterie. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Kenntnis der Phlebitis syphilitica der grofsen Venenstämme, von E. G. Roques. (*Thèse de Toulouse.* 1907. Nr. 707. 86 S. 2 Fig.) Phlebitiden können in jedem Stadium der Syphilis auftreten, und zwar nicht nur wie gewöhnlich

an den oberflächlichen, sondern auch an den tieferen Venen. Die Prognose ist meist gut, kann aber durch plötzliche Obliteration grofser Venenstämme infaust werden.

Fritz Loeb-München.

Über syphilitische Sinusitis, von H. E. A. Jambou. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 27.) Nach der Anführung von 16 klinischen Beobachtungen, darunter vier neue, erörtert Verfasser die Ätiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Entwicklung, Prognose und Therapie der syphilitischen Sinusitis. Syphilitische Sinusitis kann im zweiten Stadium der Syphilis auftreten, sie findet sich meist aber im tertiären Stadium und auch bei hereditärer Syphilis. Die Hauptsymptome sind Verdickung, Schleimhautulceration, Periostitis, Ostitis, Knochennekrose. Von der einfachen chronischen Sinusitis unterscheidet sich die syphilitische Form durch spontane mehr oder weniger heftige Schmerzen, die auch neuralgiform sein können und besonders nachts heftig sind. Weit vorgeschrittene und veraltete Formen können nur durch radikale Therapie beseitigt werden, doch soll man auch in solchen Fällen eine spezifische Kur vorangehen lassen. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium der Lebersyphilis, von Brescia. (*Riv. crit. di Clin. med.* 1907. Nr. 41/42.) Findet sich der Arzt gegenüber einem Falle von Leberhypertrophie mit Milztumor, Magen-Darmstörungen, mehr oder weniger schwerer Anämie ohne Leukämie, mit Ikterus oder Subikterus, Urobilinurie, progressivem Zerfall der Kräfte, intermittierendem oder remittierendem Fieber, so mufs er stets an Lues denken, wenn sich die genannten Erscheinungen, besonders die Lebervergröfserung, nicht auf andere Weise erklären lassen. Neben den klassischen Formen von luetischen Gummata, sklero-gummösen Hepatiten, Lebercirrhosen, gibt es eine Anzahl anderer Formen von Leberläsionen durch spezifische Infektion. In dem vom Verfasser beschriebenen Falle herrschten die degenerativen Erscheinungen des Parenchyms der Leber über die interstitielle Sklerose vor. In dem genannten Falle (mit tödlichem Ausgange) waren die degenerativen Erscheinungen sehr ausgedehnt. Das begleitende Fieber kann sowohl direkt durch die syphilitische Infektion, als durch sekundäre Komplikationen verursacht werden. *C. Müller-Nyon.*

Ikterus im Frühstadium der Lues, von A. Buraczynski-Lemberg. (*Wien. klin. Rundschau.* 1907. Nr. 41 und 44.) Bericht von zwei Fällen malignen Ikterus im Frühstadium der Syphilis, welche unter dem Bilde einer Infektionskrankheit verliefen, mit hochgradiger Leberparenchymveränderung einhergingen, auf akuter gelber Leberatrophie beruhten und letal endeten. Aus dem mikroskopischen Befunde ist erwähnenswert, dafs nur sehr wenige Leberzellen erhalten waren; diese zeigten regressive, überwiegend fettige Degeneration; das intraacinöse Bindegewebe war nur spärlich entwickelt; in ihm fanden sich ziemlich starke kleinzellige Infiltrationsherde. Die Untersuchung auf Spirochaeta pallida fiel negativ aus. *Schourp-Danzig.*

Sachverzeichnis.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.
